



Złożenie pracy online:
2025-06-05 22:55:33
Kod pracy:
23039/49803/CloudA

Sebastian Antonowicz
(nr albumu: 27522)

Praca magisterska

Nasilenie objawów depresyjnych i poziomu lęku, a poziom satysfakcji z życia wśród mężczyzn

Severity of depressive symptoms and anxiety levels in relation to life satisfaction among men

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Adrianna Othmani

Streszczenie

Depresja, lęk i satysfakcja z życia to kluczowe wskaźniki dobrostanu psychicznego, których wzajemne zależności pozostają szczególnie istotne w kontekście zdrowia psychicznego mężczyzn. Badanie przeprowadzono wśród 100 dorosłych mężczyzn z różnych środowisk w Polsce, wykorzystując Inwentarz Depresji Becka (BDI-II), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS). Analiza danych wykazała istotną statystycznie negatywną korelację między nasileniem objawów depresyjnych i poziomem lęku a poziomem satysfakcji z życia. Dodatkowo zauważono, że czynniki takie jak relacje partnerskie, aktywność zawodowa oraz wykształcenie wpływają na subiektywny dobrostan badanych mężczyzn. Wyniki potwierdzają znaczenie uwzględniania kontekstu płci w ocenie psychopatologii i wskazują na potrzebę rozwoju bardziej dostosowanych interwencji psychologicznych wspierających zdrowie psychiczne mężczyzn.

Słowa kluczowe

depresja, lęk, satysfakcja, mężczyźni, BDI-II, STAI, SWLS



Abstract

Depression, anxiety, and life satisfaction are key indicators of psychological well-being, and their interrelations are particularly important in the context of men's mental health. The study was conducted among 100 adult men from various backgrounds in Poland, using the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and the Satisfaction with Life Scale (SWLS). Data analysis revealed a statistically significant negative correlation between the severity of depressive and anxiety symptoms and the level of life satisfaction. Additional findings indicated that factors such as relationship status, employment, and education level influenced the participants' subjective well-being. The results highlight the importance of gender-sensitive approaches in the assessment of psychopathology and underscore the need for tailored psychological interventions to support men's mental health.

Keywords

depression, anxiety, satisfaction, men, BDI-II, STAI, SWLS



Spis treści

Wstęp.....	3
Rozdział 1. Depresja – charakterystyka psychopatologii.....	5
1.1. Definicja DSM 5 TR, ICD-10, ICD-11	5
1.2. Kryteria diagnostyczne depresji	12
1.3. Przyczyny i mechanizmy powstawania depresji	19
1.4. Leczenie depresji	26
Rozdział 2. Lęk – charakterystyka psychopatologii.....	34
2.1. Zaburzenia lękowe w DSM 5 TR, ICD-10, ICD-11.....	34
2.2. Definicja i typologia lęku	36
2.3. Współwystępowanie depresji i lęku	40
2.4. Pojęcie lęku w literaturze przedmiotu	46
2.5. Neurobiologiczne i psychologiczne mechanizmy powstawania lęku	51
Rozdział 3. Satysfakcja z życia w psychologii	62
3.1. Definicje satysfakcji z życia	62
3.2. Determinanty subiektywnego dobrostanu	66
3.3. Zależności między stanami psychicznymi (depresja, lęk) a satysfakcją z życia.....	69
3.4. Satysfakcja z życia w literaturze przedmiotu	72
Rozdział 4. Mężczyźni a zdrowie psychiczne.....	76
4.1. Społeczne uwarunkowania zdrowia psychicznego mężczyzn.....	76
4.2. Stereotypy płciowe i ich wpływ na zgłaszanie objawów depresyjnych i lękowych .	79
4.3. Różnice w doświadczaniu i raportowaniu satysfakcji z życia w zależności od płci .	81
4.4. Strategie radzenia sobie ze stresem i zaburzeniami psychicznymi wśród mężczyzn	84
Rozdział 5. Metodologia badań własnych.....	89
5.1. Cel i problematyka badań	89
5.2. Hipotezy badawcze	90
5.3. Metody i narzędzia badawcze:	92
5.3.1 Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – Second Edition, BDI-II), autorzy: Aaron T. Beck, Robert A. Steer i Gregory K. Brown	92
5.3.2 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory - STAI), autorzy: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch i R. E. Lushene	94
5.3.3 Skala Satysfakcji z Życia (Satisfaction with Life Scale - SWLS), autorzy: Edward F. Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen i Sharon S. Griffin	95
5.4 Charakterystyka próby badawczej.....	97



5.5	Procedura badawcza	99
Rozdział 6. Analiza wyników badań własnych.....		101
6.1	Prezentacja wyników badań	101
6.1.1	Statystyki opisowe.....	101
6.1.2	Poziom depresji i lęku oraz satysfakcja z życia badanych mężczyzn	102
6.1.3	Poziom depresji i lęku oraz satysfakcja z życia badanych mężczyzn do 44 roku życia	104
6.1.4	Poziom depresji i lęku oraz satysfakcja z życia badanych mężczyzn z wykształceniem wyższym.....	105
6.1.5	Poziom depresji i lęku oraz satysfakcja z życia badanych mężczyzn z miejscowości o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców	106
6.1.6	Związek satysfakcji z życia z poziomem depresji i lęku	108
6.1.7	Związek satysfakcji z życia z wiekiem	108
6.1.8	Związek satysfakcji z życia z miejscem zamieszkania	109
6.1.9	Związek satysfakcji z życia ze statusem związkowym.....	109
6.1.10	Związek satysfakcji z życia z posiadaniem potomstwa	110
6.1.11	Związek satysfakcji z życia z uzależnieniem	111
6.1.12	Związek satysfakcji z życia z wykształceniem	111
6.1.13	Związek satysfakcji z życia ze statusem zawodowym.....	112
6.1.14	Związek stażu pracy i satysfakcji z życia.....	112
6.1.15	Przewidywanie poziomu satysfakcji z życia mężczyzn na podstawie poziomu lęku, depresji i cech socjodemograficznych	113
6.2	Weryfikacja hipotez badawczych i wnioski	114
6.3	Dyskusja wyników	117
6.3.1	Objawy depresji, objawy lękowe a satysfakcja z życia	118
6.3.2	Wiek a satysfakcja z życia mężczyzn.....	120
6.3.3	Wielkość miejscowości zamieszkania a satysfakcja z życia mężczyzn.....	121
6.3.4	Relacje a satysfakcja z życia mężczyzn	122
6.3.5	Rodzicielstwo a satysfakcja z życia mężczyzn	123
6.3.6	Uzależnienia a satysfakcja z życia mężczyzn	124
6.3.7	Aktywność zawodowa a satysfakcja z życia mężczyzn.....	125
6.3.8	Staż pracy a satysfakcja z życia mężczyzn	125
6.3.9	Wykształcenie a satysfakcja z życia mężczyzn.....	127
6.4	Ograniczenia badań	127
Zakończenie		129
Bibliografia.....		132
Spis tabel		154



Wstęp

Współczesna psychologia coraz intensywniej analizuje złożone relacje pomiędzy dobrostanem psychicznym jednostki a jej funkcjonowaniem w codziennym życiu. W centrum zainteresowania badaczy i praktyków znajdują się nie tylko konkretne zaburzenia psychiczne, takie jak depresja czy zaburzenia lękowe, ale również bardziej ogólne wymiary subiektywnego dobrostanu, w tym satysfakcja z życia. Pomimo rosnącej liczby badań nad jakością życia i zdrowiem psychicznym populacji ogólnej, problematyka ta wciąż jest relatywnie słabo eksplorowana w kontekście specyficznych doświadczeń mężczyzn – szczególnie z uwzględnieniem ich uwarunkowań psychospołecznych i kulturowych.

Depresja i lęk, jako jedne z najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych na świecie, stanowią poważne wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej, ale również dla społeczeństw, które zmagają się z konsekwencjami rosnącej liczby osób doświadczających kryzysów emocjonalnych. Zaburzenia te nie tylko wpływają na funkcjonowanie jednostki w życiu prywatnym i zawodowym, ale również bezpośrednio obniżają poziom odczuwanej satysfakcji z życia – konstruktologicznego o kluczowym znaczeniu dla poczucia dobrostanu. Pomimo tego, mężczyźni – zwłaszcza w kulturze zachodniej – często doświadczają trudności w identyfikowaniu i zgłaszaniu objawów depresyjnych i lękowych, co może wynikać z internalizacji społecznych norm męskości, takich jak potrzeba samowystarczalności, odporności na stres czy unikania ekspresji emocji.

Celem niniejszej pracy magisterskiej jest zbadanie zależności pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych oraz poziomem lęku a poziomem satysfakcji z życia wśród mężczyzn. Analiza tych relacji umożliwi określenie, w jakim stopniu trudności natury emocjonalnej wpływają na ogólne poczucie dobrostanu psychicznego w tej grupie. Badanie zostało przeprowadzone z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi diagnostycznych i ma charakter ilościowy.

Podjęcie tej tematyki uzasadnia obserwowana luka badawcza w zakresie psychologii zdrowia mężczyzn, zwłaszcza w kontekście doświadczania i ujawniania objawów depresyjnych i lękowych. Mężczyźni znacznie rzadziej niż kobiety korzystają z profesjonalnej pomocy psychologicznej, co skutkuje niedoszacowaniem skali problemu oraz ograniczeniem możliwości zaplanowania skutecznych form interwencji. Wyniki uzyskane w toku niniejszych badań mogą dostarczyć wiedzy przydatnej zarówno w dalszych eksploracjach naukowych, jak i w pracy klinicznej – szczególnie w obszarze diagnozy i wsparcia psychologicznego dla mężczyzn doświadczających kryzysów psychicznych.

Struktura pracy obejmuje cztery zasadnicze obszary teoretyczne, które stanowią fundament dla zrozumienia analizowanego zjawiska. W pierwszym rozdziale omówiono charakterystykę depresji jako jednostki psychopatologicznej – z uwzględnieniem klasyfikacji diagnostycznych, kryteriów rozpoznawania, przyczyn oraz metod leczenia. Rozdział drugi poświęcono zaburzeniom lękowym oraz ich zróżnicowanej symptomatyce i mechanizmom powstawania. W rozdziale trzecim przedstawiono pojęcie satysfakcji z życia, jej definicje oraz determinanty, natomiast rozdział czwarty koncentruje się



na specyficie zdrowia psychicznego mężczyzn, uwzględniając kontekst społeczno-kulturowy oraz związane z nim trudności w ujawnianiu objawów i poszukiwaniu wsparcia.

W części empirycznej pracy – rozdziałach piątym i szóstym – zaprezentowano metodologię badań własnych, opis narzędzi diagnostycznych oraz analizę statystyczną wyników. Analiza danych zebranych na potrzeby niniejszej pracy umożliwi zidentyfikowanie istotnych zależności między poziomem objawów depresyjnych i lękowych a poziomem satysfakcji z życia u mężczyzn. Wnioski płynące z badań mogą stanowić istotny punkt wyjścia do dalszych analiz, jak również przyczynić się do rozwoju praktyk terapeutycznych ukierunkowanych na lepsze rozumienie i wspieranie męskiego dobrostanu psychicznego.



Rozdział 1. Depresja – charakterystyka psychopatologii

1.1. Definicja DSM 5 TR, ICD-10, ICD-11

Depresja jest jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych na świecie, które wpływa na jakość życia milionów ludzi. W ostatnich dekadach znaczenie tego zaburzenia w kontekście zdrowia publicznego znacząco wzrosło, co wynika zarówno z rosnącej liczby przypadków, jak i z jego długoterminowych konsekwencji dla jednostek i społeczeństwa. Depresja nie tylko obniża satysfakcję z życia, ale także zwiększa ryzyko innych problemów zdrowotnych, takich jak choroby serca, oraz wpływa na zdolność do funkcjonowania w codziennym życiu, pracy, czy relacjach międzyludzkich.

Współczesne rozumienie depresji jest wynikiem wielu lat badań klinicznych, które doprowadziły do powstania różnych klasyfikacji diagnostycznych. Najbardziej uznane z nich to amerykański system DSM (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) oraz międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD (ang. *International Classification of Diseases*). Obie klasyfikacje, choć różnią się nieco w szczegółach, mają na celu dostarczenie lekarzom i specjalistom narzędzi do rozpoznawania i leczenia depresji w sposób ujednolicony i oparty na dowodach naukowych.

W niniejszym rozdziale szczególną uwagę poświęcono definicjom depresji zgodnie z najnowszymi wydaniem DSM-5-TR oraz ICD-10 i ICD-11. Analiza tych definicji pozwoli na głębsze zrozumienie kryteriów diagnostycznych, jakie muszą zostać spełnione, aby zdiagnozować depresję, oraz różnic w podejściu do diagnozy w różnych systemach. Omówienie tych aspektów będzie stanowiło fundament dla dalszej analizy objawów depresyjnych oraz ich wpływu na poziom satysfakcji z życia w kontekście mężczyzn, co jest głównym tematem niniejszej pracy.

Ten rozdział ma na celu nie tylko przybliżenie czytelnikowi naukowego rozumienia depresji, ale także uwypuklenie jej kompleksowości i różnorodności objawów. Zrozumienie tych aspektów jest kluczowe dla pełniejszego obrazu zaburzenia, co z kolei ma istotne znaczenie w kontekście dalszych badań i praktyki klinicznej.

Systemy klasyfikacji zaburzeń psychicznych, takie jak DSM oraz ICD stanowią podstawę współczesnej diagnostyki psychiatrycznej i psychologicznej. Ich rozwój był odpowiedzią na potrzebę ujednoczenia kryteriów diagnostycznych, co umożliwiło porównywanie wyników badań oraz usprawniło proces leczenia pacjentów na całym świecie (Moller, 2018). Pierwsze wersje tych klasyfikacji opierały się głównie na obserwacjach



klinicznych, jednak z biegiem czasu zaczęły uwzględniać coraz więcej dowodów empirycznych, wynikających z badań neurobiologicznych i psychometrycznych. ICD, opracowywane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), jest międzynarodowym systemem klasyfikacyjnym, który obejmuje nie tylko zaburzenia psychiczne, ale również wszystkie inne jednostki chorobowe. DSM, rozwijane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA), koncentruje się wyłącznie na diagnostyce psychiatrycznej, oferując bardziej szczegółowe kryteria oraz opisy objawów (Kowalewska i in., 2019).

Historia klasyfikacji DSM sięga połowy XX wieku, kiedy to w 1952 roku opublikowano pierwszą wersję tego systemu – DSM-I. W początkowym okresie diagnostyka psychiatryczna była silnie osadzona w teoriach psychoanalitycznych, co wpływało na sposób definiowania i interpretowania zaburzeń psychicznych. Kolejne edycje DSM stopniowo odchodziły od tego podejścia, wprowadzając kategoryczne kryteria diagnostyczne oparte na obserwowalnych objawach i określonych wzorcach zachowań (Domurat, 2022). Przełomem okazała się trzecia edycja DSM (DSM-III) z 1980 roku, która znacząco zredukowała wpływ koncepcji psychodynamicznych na rzecz opisu jednostek chorobowych w sposób bardziej obiektywny i operacyjny. W kolejnych dekadach DSM ewoluowało, uwzględniając nowe odkrycia neurobiologiczne, genetyczne oraz wyniki badań epidemiologicznych, co znalazło odzwierciedlenie w najnowszych wersjach – DSM-5 z 2013 roku i jego aktualizacji DSM-5-TR z 2022 roku (DSM III, 1980).

ICD, jako klasyfikacja opracowywana pod auspicjami WHO, miała na celu stworzenie jednolitego systemu diagnostycznego stosowanego na całym świecie. Pierwsza edycja tej klasyfikacji, ICD-6, opublikowana w 1949 roku, była pierwszą wersją uwzględniającą choroby psychiczne jako odrębną kategorię diagnostyczną. W kolejnych wersjach ICD rozszerzano kryteria diagnostyczne, dostosowując je do zmian w rozumieniu zaburzeń psychicznych. Wprowadzenie ICD-10 w 1992 roku przyniosło systematykę klasyfikacyjną, która przez dziesięciolecia była powszechnie stosowana w diagnostyce klinicznej (ICD-10, 2008). Najnowsza wersja, ICD-11, obowiązująca od 2022 roku, uwzględnia aktualne wyniki badań naukowych, wprowadzając istotne modyfikacje w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, w tym lepsze dostosowanie do współczesnych realiów klinicznych oraz uproszczenie niektórych definicji w celu ułatwienia ich praktycznego stosowania (Chodzicka, 2022).

Porównując DSM i ICD, można zauważyć zarówno podobieństwa, jak i istotne różnice w ich strukturze i zakresie zastosowania. DSM, jako system klasyfikacyjny tworzony głównie na potrzeby psychiatrii amerykańskiej, często wprowadza bardziej szczegółowe opisy zaburzeń i precyzyjniejsze kryteria diagnostyczne, co ułatwia ich identyfikację w praktyce klinicznej.



ICD natomiast ma charakter globalny, co oznacza, że musi uwzględniać różnice kulturowe i systemy opieki zdrowotnej w różnych krajach, co skutkuje nieco bardziej ogólnym podejściem do klasyfikacji. Oba systemy podlegają ciągłej ewolucji, co wynika z postępu badań naukowych oraz potrzeby dostosowania definicji zaburzeń psychicznych do zmieniającej się rzeczywistości społecznej. Współczesna diagnostyka psychiatryczna coraz częściej uwzględnia także podejścia transdiagnostyczne, które podkreślają wspólne mechanizmy etiologiczne wielu zaburzeń, co znajduje odzwierciedlenie w najnowszych rewizjach zarówno DSM, jak i ICD (Gomez i in., 2023).

Depresja w klasyfikacji DSM-5-TR została ujęta jako jedno z zaburzeń afektywnych, obejmujących szerokie spektrum objawów wpływających na funkcjonowanie jednostki. W ramach tej klasyfikacji wyróżniono duże zaburzenie depresyjne z ang. *Major Depressive Disorder, MDD*, którego diagnostyka opiera się na obecności określonego zestawu objawów utrzymujących się przez co najmniej dwa tygodnie. Zgodnie z kryteriami DSM-5-TR do rozpoznania wymagane jest występowanie minimum pięciu objawów z dziewięciu wskazanych w klasyfikacji, z czego jednym z nich musi być obniżony nastrój lub anhedonia, czyli utrata zdolności odczuwania przyjemności (Heitzman, 2015). Wśród dodatkowych symptomów znajdują się między innymi zaburzenia snu, utrata lub przyrost masy ciała, spadek energii, trudności w koncentracji, spowolnienie psychoruchowe, myśli samobójcze oraz uczucie nadmiernej winy lub bezwartościowości. Objawy muszą powodować istotne pogorszenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych obszarach życia, przy jednoczesnym wykluczeniu wpływu substancji psychoaktywnych oraz innych schorzeń somatycznych mogących naśladować symptomy depresyjne (Kazimierska, 2021).

Zaburzenie depresyjne w ujęciu DSM-5-TR może występować jako pojedynczy epizod depresyjny lub jako zaburzenie nawracające, które obejmuje dwa lub więcej epizodów oddzielonych okresem remisji. W pierwszym przypadku objawy pojawiają się po raz pierwszy i mogą ustąpić samoistnie lub na skutek wdrożonego leczenia, jednak nawet po zakończeniu epizodu ryzyko nawrotu pozostaje podwyższone. W przypadku depresji nawracającej kolejne epizody mogą występować w różnym odstępie czasu i charakteryzować się odmiennym nasileniem. W DSM-5-TR uwzględniono również dystymię, określaną jako utrwalone zaburzenie depresyjne, które charakteryzuje się długotrwałym (co najmniej dwuletnim) utrzymywaniem się objawów depresyjnych o mniejszym nasileniu niż w dużym epizodzie depresyjnym. W odróżnieniu od epizodu dużej depresji dystymia charakteryzuje się przewlekłym, ale mniej intensywnym obniżeniem nastroju, które wpływa na jakość życia, lecz



często pozostaje nierozpoznane przez otoczenie lub samą osobę doświadczającą tego stanu (Świechowski, 2019).

DSM-5-TR wyróżnia również różne podtypy depresji, które różnią się przebiegiem klinicznym, objawami dominującymi oraz możliwymi mechanizmami etiologicznymi. Depresja melancholijna charakteryzuje się głębokim obniżeniem nastroju, utratą zdolności do odczuwania przyjemności oraz wyraźnym nasileniem objawów w godzinach porannych. Często towarzyszy jej wczesne wybudzanie, znaczna utrata masy ciała, silne poczucie winy oraz wyraźne spowolnienie psychoruchowe (Pałucha-Poniewiera, 2022). W przeciwieństwie do niej, depresja atypowa objawia się odwrotnym profilem symptomów – występuje wzmożona senność, zwiększony apetyt prowadzący do przyrostu masy ciała oraz nadwrażliwość na odrzucenie społeczne. Osoby z tym podtypem depresji wykazują również tzw. reaktywność nastroju, co oznacza możliwość chwilowej poprawy samopoczucia w odpowiedzi na pozytywne bodźce, co odróżnia ten wariant od innych form zaburzenia (Buzuk i in, 2016).

Jednym z podtypów wyróżnionych w DSM-5-TR jest również depresja psychotyczna, w której obniżeniu nastroju towarzyszą objawy psychotyczne, takie jak urojenia czy omamy. W zależności od ich treści może przybierać postać depresji z objawami zgodnymi z nastrojem, gdy urojenia dotyczą poczucia winy, grzechu lub katastrofy, lub depresji z objawami niezgodnymi z nastrojem, gdy treści psychotyczne nie mają bezpośredniego związku z obniżonym nastrojem. Depresja psychotyczna często wymaga bardziej intensywnego leczenia, łączącego farmakoterapię przeciwdepresyjną z lekami przeciwpsychotycznymi (Zdanowicz i Wierzbiński, 2017).

W klasyfikacji DSM-5-TR uwzględniono także depresję poporodową, która pojawia się u kobiet po porodzie, zazwyczaj w ciągu pierwszych czterech tygodni, choć w praktyce objawy mogą rozwijać się nawet w ciągu kilku miesięcy po narodzinach dziecka. W tym przypadku obniżenie nastroju współwystępuje z lękiem, drażliwością, poczuciem winy oraz trudnościami w budowaniu więzi z noworodkiem. U niektórych kobiet mogą pojawiać się myśli samobójcze lub agresywne impulsy skierowane wobec siebie lub dziecka, co wymaga natychmiastowej interwencji medycznej. Zaburzenie to różni się od tzw. baby blues, który jest krótkotrwałym stanem obniżenia nastroju wynikającym ze zmian hormonalnych i przeciążenia emocjonalnego związanego z porodem i opieką nad dzieckiem (Kossakowska, 2018).

Jednym z istotnych wariantów depresji, który znalazł swoje miejsce w DSM-5-TR, jest sezonowe zaburzenie afektywne z ang. *Seasonal Affective Disorder, SAD*. Objawy tej formy depresji pojawiają się cyklicznie, zazwyczaj w okresie jesienno-zimowym, kiedy ilość światła słonecznego ulega znacznemu ograniczeniu. Do charakterystycznych symptomów należą



nadmierna senność, wzmożony apetyt, przyrost masy ciała oraz obniżony poziom energii. Etiologia depresji sezonowej wiązana jest z zaburzeniami rytmów okołodobowych oraz deficytem serotoniny i melatoniny. W leczeniu często stosuje się fototerapię, która ma na celu regulację gospodarki hormonalnej poprzez ekspozycję na światło o wysokiej intensywności, co pozwala na złagodzenie objawów (Rybakowski, 2024).

DSM-5-TR, oprócz podstawowych kryteriów diagnostycznych dużej depresji i jej podtypów, uwzględnia również specyfikatory, które pozwalają na dokładniejsze opisanie charakteru epizodu depresyjnego. Wprowadzono oznaczenia dotyczące obecności lęku, cech mieszanych (elementów hipomanii), katatonii, a także stopnia nasilenia objawów. Uwzględnienie tych czynników w diagnozie umożliwia bardziej precyzyjne określenie przebiegu choroby i dostosowanie metod leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Systematyczne aktualizacje DSM pozwalają na weryfikację dotychczasowych kryteriów w świetle nowych badań, co przyczynia się do doskonalenia narzędzi diagnostycznych i poprawy skuteczności interwencji terapeutycznych (Remberek i in., 2020).

Depresja w klasyfikacji ICD-10 została ujęta jako jedno z zaburzeń afektywnych, obejmujących zarówno epizody depresyjne, jak i zaburzenia nawracające o różnym stopniu nasilenia. W tej wersji klasyfikacji wyróżniono trzy podstawowe stopnie depresji: łagodną, umiarkowaną i ciężką, co umożliwia precyzyjne określenie intensywności objawów i dostosowanie metod leczenia (Samochowicz i in., 2021). Diagnostyka w ICD-10 koncentruje się na zidentyfikowaniu obniżonego nastroju, anhedonii oraz zmniejszonej energii jako objawów podstawowych, które muszą współwystępować z innymi symptomami, takimi jak zaburzenia snu, poczucie winy, trudności w koncentracji czy myśli samobójcze. W przeciwieństwie do DSM, ICD-10 nie precyzuje ścisłych ilościowych kryteriów diagnostycznych, pozostawiając pewien zakres interpretacyjny klinicystom. Depresja została ujęta jako zaburzenie o heterogennym przebiegu, w którym objawy mogą mieć zarówno charakter epizodyczny, jak i przewlekły, a ich intensywność może różnić się w zależności od kontekstu biologicznego, psychologicznego i środowiskowego. W tej klasyfikacji uwzględniono także depresję z objawami psychotycznymi, w której obniżonemu nastrojowi towarzyszą urojenia o treściach nihilistycznych, katastroficznych lub hipochondrycznych, co znacząco komplikuje proces terapeutyczny (NICE, 2022).

Wprowadzenie ICD-11 przyniosło istotne zmiany w klasyfikacji depresji, dostosowując ją do współczesnej wiedzy naukowej oraz praktycznych potrzeb diagnostycznych. W nowej wersji zrezygnowano z podziału depresji na kategorie nasilenia w ramach pojedynczego epizodu depresyjnego, koncentrując się na spektrum zaburzeń nastroju. Wprowadzono bardziej



elastyczne podejście do oceny objawów, uwzględniając ich wpływ na codzienne funkcjonowanie oraz przebieg choroby w dłuższym okresie. ICD-11 obejmuje również nowe jednostki diagnostyczne, takie jak przewlekła depresja, która łączy wcześniejsze pojęcia dystymii i uporczywego zaburzenia depresyjnego, oraz depresję z cechami lękowymi, uwzględniającą częste współwystępowanie tych dwóch stanów psychicznych. W nowej klasyfikacji zaburzenia afektywne zostały uporządkowane w ramach szerokiego spektrum, które obejmuje zarówno depresję jednobiegunową, jak i zaburzenia dwubiegunowe, co odzwierciedla współczesne rozumienie płynności granic między różnymi postaciami zaburzeń nastroju. Uwzględnienie specyficznych cech depresji, takich jak jej przewlekłość, cykliczność oraz obecność objawów psychotycznych czy lękowych, pozwala na bardziej precyzyjną diagnozę i lepsze dostosowanie interwencji terapeutycznych (Clack i Ward, 2019).

Depresja od dawna stanowi przedmiot analiz w psychiatrii i psychologii klinicznej, jednak wciąż brak jednoznacznego stanowiska co do jej klasyfikacji jako jednolitego zaburzenia lub spektrum stanów psychicznych. Tradycyjnie ujęcie depresji koncentrowało się na identyfikacji specyficznych kryteriów diagnostycznych, umożliwiających jednoznaczne rozpoznanie jednostki chorobowej. Systemy klasyfikacyjne, takie jak DSM-5-TR i ICD-11, określają depresję jako zaburzenie afektywne o ściśle określonych objawach, które muszą występować przez określony czas i powodować znaczne pogorszenie funkcjonowania. W ostatnich latach coraz częściej pojawiają się jednak koncepcje sugerujące, że depresja nie jest jednorodnym zjawiskiem, lecz rozciąga się na kontinuum, obejmując zarówno łagodne epizody, jak i przewlekłe, ciężkie zaburzenia o skomplikowanym podłożu neurobiologicznym. Tego rodzaju podejście uwzględnia zarówno różnice indywidualne, jak i wpływ czynników środowiskowych, co poszerza możliwości diagnostyczne, ale jednocześnie komplikuje proces klasyfikacji klinicznej (Maj i in., 2020).

Współczesne modele depresji wskazują, że objawy tego zaburzenia mogą występować w bardzo różnorodnych konfiguracjach, co utrudnia jednoznaczne przypisanie pacjenta do jednej kategorii diagnostycznej. Koncepcja spektrum depresyjnego zakłada, że istnieją różne postacie depresji, które mogą różnić się nie tylko nasileniem objawów, ale także ich charakterem oraz dynamiką przebiegu. U niektórych osób depresja przybiera formę epizodyczną, z okresami pełnej remisji pomiędzy kolejnymi nawrotami, podczas gdy u innych może mieć charakter przewlekły, prowadząc do długotrwałego obniżenia jakości życia (Golonka i in., 2024). Wśród specyficznych wariantów depresji wyróżnia się m.in. depresję melancholijną, cechującą się głębokim zahamowaniem psychoruchowym i anhedonią, depresję atypową, której objawy mogą obejmować wzmożoną senność i nadmierny apetyt, a także



depresję psychotyczną, w której występują urojenia o treści nihilistycznej lub prześladowczej. Tak duże zróżnicowanie manifestacji depresji skłania do poszukiwania bardziej elastycznych systemów klasyfikacyjnych, które umożliwiłyby uwzględnienie stopniowania objawów oraz ich wpływu na codzienne funkcjonowanie pacjentów (Gałęcki i Talarowska, 2018).

Dyskusja nad klasyfikacją depresji wiąże się również z problemem nadmiernej diagnozy, który w ostatnich dekadach stał się przedmiotem licznych debat w środowisku klinicznym. Wzrost świadomości społecznej na temat zdrowia psychicznego oraz powszechne stosowanie narzędzi przesiewowych przyczyniły się do częstszego wykrywania zaburzeń nastroju, jednak nie zawsze prowadzi to do trafnej diagnozy. Coraz częściej zwraca się uwagę na przypadki, w których naturalne reakcje emocjonalne na stresujące wydarzenia są błędnie interpretowane jako epizod depresyjny wymagający interwencji farmakologicznej. Krótkotrwałe obniżenie nastroju, wynikające np. z utraty pracy, rozstania czy trudności adaptacyjnych, może przypominać objawy depresji, jednak w wielu przypadkach ustępuje samoistnie, bez konieczności wdrażania leczenia farmakologicznego. Nieprecyzyjne kryteria diagnostyczne, a także presja na szybkie postawienie diagnozy i wdrożenie terapii, mogą prowadzić do nadmiernego stosowania leków przeciwdepresyjnych, mimo że w niektórych przypadkach korzystniejsze byłyby interwencje psychoterapeutyczne lub zmiana stylu życia (Dyl, 2024).

Jednocześnie istnieje przeciwstawny problem, jakim jest depresja subkliniczna, czyli stan, w którym objawy depresyjne występują, lecz ich nasilenie nie spełnia formalnych kryteriów diagnostycznych określonych w DSM-5-TR lub ICD-11. W wielu przypadkach osoby doświadczające przewlekłego obniżenia nastroju, spadku motywacji oraz zaburzeń snu nie uzyskują diagnozy, ponieważ ich objawy nie osiągają wymaganej intensywności. Brak jednoznacznego rozpoznania sprawia, że takie osoby nie otrzymują odpowiedniej pomocy, co może prowadzić do narastania trudności psychicznych i stopniowego przechodzenia w pełnoobjawowe zaburzenie depresyjne. Badania wskazują, że depresja subkliniczna często pozostaje niezdiagnozowana u osób starszych oraz u pacjentów z wysoką tolerancją na objawy depresyjne, którzy nie zgłaszają się po pomoc, mimo istotnych trudności w codziennym funkcjonowaniu. Wprowadzenie bardziej elastycznych kryteriów diagnostycznych mogłoby zwiększyć skuteczność wczesnego wykrywania depresji i umożliwić wdrożenie interwencji na etapie, w którym skuteczność terapii jest najwyższa (Cuijpers i Smit, 2008).

W kontekście opisanych trudności diagnostycznych coraz częściej podnoszona jest potrzeba stworzenia bardziej dynamicznych systemów klasyfikacyjnych, które umożliwiłyby ocenę depresji w sposób bardziej dostosowany do indywidualnych cech pacjenta. Niektóre



współczesne koncepcje sugerują odejście od sztywnych kryteriów ilościowych na rzecz diagnozy opartej na spektrum, uwzględniającej zarówno nasilenie objawów, jak i ich wpływ na życie codzienne (Barnaś i in., 2020). Takie podejście pozwoliłoby lepiej różnicować łagodne formy depresji, które nie wymagają intensywnej interwencji, od zaburzeń o ciężkim przebiegu, wymagających specjalistycznego leczenia. Dynamiczne podejście do diagnozy umożliwiłoby także skuteczniejsze identyfikowanie pacjentów znajdujących się w grupie ryzyka rozwinięcia depresji pełnoobjawowej, co mogłoby poprawić efektywność wczesnych interwencji psychologicznych (Stachowicz i Sowa-Kućma, 2022).

Koncepcja spektrum depresji coraz częściej znajduje odzwierciedlenie w badaniach neurobiologicznych, które sugerują, że różne postaci depresji mogą mieć odmienne podłoże biochemiczne i genetyczne. Różnice w poziomie neuroprzekaźników, aktywności układu limbicznego czy ekspresji genów związanych z reakcją na stres mogą wskazywać, że depresja nie jest jednolitą jednostką chorobową, lecz zespołem powiązanych zaburzeń o różnym mechanizmie powstawania. Wprowadzenie bardziej zindywidualizowanego podejścia do diagnostyki mogłoby nie tylko zwiększyć trafność rozpoznania, ale także przyczynić się do opracowania skuteczniejszych metod terapeutycznych, dostosowanych do specyficznych cech danego pacjenta. Badania nad nowymi modelami diagnostycznymi i ich zastosowaniem w praktyce klinicznej pozostają jednym z najistotniejszych obszarów współczesnej psychiatrii i psychologii klinicznej (Duan i in., 2020).

1.2. Kryteria diagnostyczne depresji

Jak już zostało wcześniej wspomniane, diagnoza depresji w systemach klasyfikacyjnych DSM-5-TR i ICD-11 opiera się na precyzyjnie określonych kryteriach diagnostycznych, których celem jest ujednoczenie rozpoznawania tego zaburzenia w różnych kontekstach klinicznych. DSM-5-TR definiuje duże zaburzenie depresyjne (MDD) jako stan, w którym przez co najmniej dwa tygodnie występuje pięć lub więcej objawów spośród dziewięciu określonych w klasyfikacji, przy czym jednym z nich musi być utrzymujące się obniżenie nastroju lub anhedonia (Łojko, 2014). Wśród pozostałych symptomów znajdują się zmiany w masie ciała, zaburzenia snu, spadek energii, trudności w koncentracji, spowolnienie psychoruchowe lub pobudzenie, poczucie winy lub bezwartościowości oraz myśli samobójcze. Objawy muszą powodować istotne pogorszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz nie mogą być wynikiem działania substancji psychoaktywnych ani innych schorzeń medycznych. Klasyfikacja ta wprowadza również różne specyfikatory epizodu depresyjnego,



które pozwalają na bardziej precyzyjne określenie charakteru zaburzenia, w tym depresję z cechami melancholijnymi, atypowymi, psychotycznymi, katatonicznymi czy sezonowymi (Kazimierska, 2021).

ICD-11 przyjęło nieco odmienne podejście, koncentrując się na stopniu nasilenia depresji oraz jej wpływie na funkcjonowanie pacjenta. W przeciwieństwie do ICD-10, nowa wersja klasyfikacji zrezygnowała z podziału na epizody łagodne, umiarkowane i ciężkie, koncentrując się na ocenie stopnia dysfunkcji w życiu codziennym jako kryterium rozróżnienia nasilenia zaburzenia. W ICD-11 depresja jest opisywana jako zaburzenie nastroju charakteryzujące się utrzymującym się smutkiem, anhedonią oraz spadkiem energii, które mogą występować w różnych konfiguracjach i nasileniach. Kryteria diagnostyczne nie określają ścisłej liczby objawów wymaganych do rozpoznania, lecz podkreślają znaczenie ich wpływu na życie pacjenta oraz czas trwania zaburzenia. W porównaniu do DSM-5-TR, system ICD-11 pozwala na bardziej elastyczną diagnozę, co może być korzystne w przypadkach, gdy objawy depresji nie mieszczą się w tradycyjnych schematach diagnostycznych, ale nadal mają znaczący wpływ na funkcjonowanie osoby (Moller, 2018).

Różnice między DSM-5-TR, a ICD-11 dotyczą również klasyfikacji depresji przewlekłej oraz współistniejących zaburzeń psychicznych. W DSM-5-TR depresja przewlekła została sklasyfikowana jako utrwalone zaburzenie depresyjne (dystymia), podczas gdy w ICD-11 pojęcie dystymii zostało zastąpione przez przewlekłą depresję, obejmującą zarówno łagodniejsze, jak i bardziej nasilone formy zaburzenia (Czerwińska i Pawłowski, 2020). Ponadto ICD-11 w większym stopniu uwzględnia współistnienie objawów lękowych, umożliwiając diagnozowanie depresji z towarzyszącym lękiem jako odrębnej kategorii, co odzwierciedla częste współwystępowanie tych stanów psychicznych (Murawiec, 2022). W DSM-5-TR lęk jako objaw depresji jest jedynie specyfikatorem, co może utrudniać różnicowanie przypadków, w których lęk dominuje nad objawami afektywnymi. Oba systemy diagnostyczne dążą do jak największej precyzji w klasyfikacji zaburzeń depresyjnych, jednak różnice w ich strukturze wskazują na odmienne podejście do rozumienia depresji jako zaburzenia o różnorodnym przebiegu i nasileniu (Hadasik i in., 2021).

Obie klasyfikacje uwzględniają także kontekst funkcjonowania pacjenta, jednak DSM-5-TR większy nacisk kładzie na ścisłe spełnienie określonych kryteriów ilościowych, podczas gdy ICD-11 pozwala na bardziej subiektywną ocenę objawów i ich wpływu na codzienne życie. W praktyce klinicznej różnice te mogą prowadzić do odmiennych diagnoz w zależności od systemu klasyfikacyjnego stosowanego przez specjalistów. Podczas gdy DSM-5-TR pozostaje dominującym narzędziem diagnostycznym w psychiatrii amerykańskiej, ICD-11 jest szerzej



stosowane w Polsce, Europie i na świecie, co może prowadzić do różnic w podejściu do terapii i kryteriów kwalifikujących pacjentów do określonych form leczenia. W związku z tym trwają dyskusje nad potrzebą dalszej integracji obu systemów diagnostycznych, tak aby możliwe było bardziej spójne i interdyscyplinarne podejście do diagnozowania i leczenia depresji (Umberto i in., 2023).

Depresja, mimo że jest jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych, często wymaga różnicowania z innymi jednostkami chorobowymi, które mogą wykazywać podobne objawy, lecz różnią się przebiegiem, etiologią oraz odpowiedzią na leczenie. Dystymia, klasyfikowana jako utrwalone zaburzenie depresyjne, wykazuje wiele cech wspólnych z depresją, jednak charakteryzuje się łagodniejszym, ale bardziej przewlekłym przebiegiem. Objawy utrzymują się przez co najmniej dwa lata, lecz nie osiągają intensywności typowej dla dużego epizodu depresyjnego. Osoby cierpiące na dystymię często funkcjonują relatywnie stabilnie, mimo chronicznego poczucia smutku i obniżonej energii. W przeciwieństwie do epizodu depresji, który może pojawić się nagle i mieć bardziej gwałtowny przebieg, dystymia rozwija się stopniowo, a jej objawy bywają mylnie interpretowane jako cechy osobowości lub naturalna skłonność do pesymizmu. Różnicowanie tych stanów jest istotne ze względu na odmienne podejście terapeutyczne – podczas gdy depresja wymaga intensywnego leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego, w przypadku dystymii często stosuje się długoterminowe interwencje ukierunkowane na zmianę schematów poznawczych i strategii radzenia sobie z obciążeniem psychicznym (Michalska-Leśniewicz, 2010).

Kolejną trudność diagnostyczną stanowi odróżnienie depresji od zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (ChAD), które również obejmuje epizody depresyjne, lecz różni się obecnością stanów hipomanii lub manii. W depresji jednobiegunowej objawy ograniczają się do długotrwałego obniżenia nastroju, podczas gdy w ChAD występują okresy podwyższonego nastroju, nadmiernej energii i impulsywności, które mogą znacząco wpływać na funkcjonowanie pacjenta. Diagnostyka ChAD jest utrudniona, zwłaszcza gdy epizody manii są łagodne lub rzadkie, co sprawia, że początkowo pacjenci mogą otrzymywać błędne rozpoznanie depresji jednobiegunowej. Niewłaściwa diagnoza może prowadzić do zastosowania leków przeciwdepresyjnych, które w przypadku ChAD mogą wywoływać indukację stanów maniakalnych i prowadzić do destabilizacji nastroju. W diagnostyce różnicowej duże znaczenie mają wywiady rodzinne oraz szczegółowa analiza przebiegu dotychczasowych epizodów, ponieważ u pacjentów z zaburzeniem afektywnym



dwubiegunowym często obserwuje się historię wahań nastroju, które mogą być mylnie interpretowane jako naturalne zmiany związane z sytuacją życiową (Kłodzińska-Berkau, 2018).

Depresja bywa również mylona z zaburzeniami osobowości, zwłaszcza typu borderline (BPD) i unikowego (AVPD), które wykazują pewne podobieństwa w zakresie objawów emocjonalnych i behawioralnych. W przypadku borderline epizody intensywnego smutku i poczucia pustki mogą przypominać objawy depresji, jednak różnią się znaczną niestabilnością emocjonalną, impulsywnością oraz trudnościami w relacjach interpersonalnych. W przeciwieństwie do depresji, w BPD objawy emocjonalne często mają charakter krótkotrwały i dynamicznie zmieniają się pod wpływem bodźców zewnętrznych (Pilszyk i Cynkier, 2015). Występowanie zachowań autodestrukcyjnych i skłonność do samookaleczania mogą również nasuwać podejrzenie depresji, jednak w przypadku zaburzeń osobowości ich podłoże zwykle wynika z trudności w regulacji emocji, a nie ze specyficznych zmian neurobiologicznych obserwowanych w depresji jednobiegunowej. Zaburzenie osobowości unikowej również może przypominać depresję ze względu na chroniczne poczucie nieadekwatności i niską samoocenę, jednak jego istotnym wyróżnikiem jest silna obawa przed oceną i odrzuceniem społecznym, prowadząca do wycofania interpersonalnego. W różnicowaniu depresji i zaburzeń osobowości nadrzędne jest wówczas określenie trwałości objawów oraz ich wpływu na funkcjonowanie pacjenta w dłuższej perspektywie czasowej (Fritz i in., 2020).

Dokładne różnicowanie depresji od dystymii, zaburzenia afektywnego dwubiegunowego oraz zaburzeń osobowości wymaga szczegółowej analizy historii klinicznej pacjenta oraz uwzględnienia wielu aspektów diagnostycznych. W diagnostyce stosuje się wywiady kliniczne, testy psychometryczne oraz ocenę przebiegu objawów w czasie. Niewłaściwe rozpoznanie może prowadzić do nieadekwatnego leczenia, które w przypadku ChAD może nasilać objawy maniakalne, a w zaburzeniach osobowości może nie przynieść oczekiwanych efektów, jeśli nie zostaną uwzględnione specyficzne trudności w regulacji emocji (Bourin, 2020). Współczesne podejście do diagnostyki uwzględnia zarówno aspekty biologiczne, jak i psychologiczne, co pozwala na bardziej precyzyjne rozróżnianie poszczególnych zaburzeń i dostosowanie strategii terapeutycznych do indywidualnych potrzeb pacjenta (Bączyńska i in., 2020).

Proces diagnozowania depresji jest obarczony licznymi trudnościami wynikającymi zarówno z różnorodności objawów, jak i ich subiektywnej interpretacji przez pacjentów. Jednym z bardziej skomplikowanych zagadnień jest maskowana depresja, w której typowe objawy zaburzeń nastroju nie występują w sposób oczywisty, a zamiast tego pojawiają się symptomy somatyczne lub nietypowe zmiany zachowania. U pacjentów cierpiących na ten



wariant depresji mogą dominować bóle głowy, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, przewlekłe zmęczenie czy zaburzenia snu, które nie mają jednoznacznej przyczyny organicznej. W konsekwencji osoby z maskowaną depresją często poddawane są licznym badaniom somatycznym, a zaburzenie nastroju pozostaje niezdiagnozowane. Nierzadko obserwuje się również występowanie zachowań kompulsywnych, takich jak nadmierne spożywanie alkoholu, pracoholizm czy impulsywne zakupy, które mogą być próbą radzenia sobie z obniżonym nastrojem. Zjawisko to sprawia, że w wielu przypadkach depresja przez długi czas nie jest identyfikowana, a pacjenci nie otrzymują adekwatnej pomocy psychologicznej czy psychiatrycznej (Humięcka i Targowski, 2017; Lee i Passarotti, 2020).

Diagnozowanie depresji u dzieci i młodzieży również napotyka istotne bariery wynikające z odmienności przejawiania się objawów w tej grupie wiekowej. W przeciwieństwie do osób dorosłych, młodsze osoby rzadziej skarżą się na smutek i obniżony nastrój, a zamiast tego mogą wykazywać drażliwość, impulsywność oraz niekontrolowane wybuchy złości. Często obserwuje się także objawy somatyczne, takie jak bóle brzucha czy nudności, które mogą prowadzić do licznych konsultacji pediatrycznych, zanim zostanie uwzględniona możliwość wystąpienia depresji. U dzieci i nastolatków depresja bywa również maskowana trudnościami w nauce, spadkiem motywacji oraz izolacją społeczną. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt, że wiele objawów depresyjnych może być mylnie przypisywanych naturalnym zmianom rozwojowym lub trudnościami adaptacyjnymi związanym z okresem dojrzewania. Ze względu na dynamiczny rozwój emocjonalny i neurologiczny w tej grupie wiekowej, diagnoza wymaga szczegółowego wywiadu nie tylko z pacjentem, ale również z jego opiekunami oraz nauczycielami, którzy mogą dostrzegać zmiany w funkcjonowaniu dziecka (Dmitruk-Sierocińska, 2023).

Specyfika depresji u osób starszych wiąże się zarówno z fizjologicznymi zmianami związanymi ze starzeniem się organizmu, jak i z czynnikami psychologicznymi oraz społecznymi. W tej grupie wiekowej obniżony nastrój często współwystępuje z chorobami przewlekłymi, co komplikuje proces diagnostyczny i utrudnia różnicowanie depresji od somatycznych schorzeń. Objawy depresyjne mogą być mylone z typowymi dla wieku podeszłego zmianami, takimi jak spadek energii, zmniejszona aktywność społeczna czy osłabienie funkcji poznawczych. Wiele osób starszych nie zgłasza obniżonego nastroju, ponieważ traktuje je jako naturalny element starzenia, co prowadzi do znacznego niedodiagnozowania depresji w tej grupie. Dodatkowo utrata bliskich, izolacja społeczna oraz ograniczona samodzielność mogą nasilać objawy depresyjne, które bez odpowiedniego wsparcia mogą przybierać cięższy przebieg. Depresja u osób starszych często manifestuje się



także poprzez nasilenie lęku oraz skargi na zaburzenia pamięci, co może sugerować początki otępienia, choć w rzeczywistości jest wynikiem zaburzeń afektywnych (Rajtar-Zembaty i in., 2017).

Diagnostyka depresji w różnych grupach wiekowych wymaga uwzględnienia specyfiki jej objawów oraz kontekstu, w jakim występują. Zarówno dzieci, jak i osoby starsze mogą prezentować nietypowe symptomy, które nie wpisują się w klasyczne kryteria diagnostyczne, co wymaga indywidualnego podejścia i zastosowania zróżnicowanych metod oceny. Wprowadzenie bardziej elastycznych kryteriów diagnostycznych, uwzględniających odmienne manifestacje depresji w różnych fazach życia, mogłoby zwiększyć skuteczność wykrywania tego zaburzenia i umożliwić wcześniejsze wdrożenie odpowiednich interwencji terapeutycznych (Wagner i in., 2020).

Diagnoza depresji opiera się na wieloaspektowej ocenie objawów, obejmującej zarówno subiektywne odczucia pacjenta, jak i obserwacje kliniczne. W celu usystematyzowania procesu diagnostycznego stosowane są skale przesiewowe i kwestionariusze, które pozwalają na ocenę nasilenia objawów oraz ułatwiają wstępną identyfikację zaburzeń nastroju. Jednym z najczęściej wykorzystywanych narzędzi w diagnostyce depresji jest Beck Depression Inventory (BDI), który umożliwia ocenę intensywności objawów na podstawie odpowiedzi pacjenta dotyczących jego samopoczucia w ostatnich dwóch tygodniach. Skala ta składa się z 21 pozycji, z których każda opisuje różne aspekty depresji, takie jak smutek, pesymizm, utrata energii czy myśli samobójcze. Uzyskany wynik pozwala na określenie stopnia nasilenia depresji, przy czym wartości poniżej określonego progu sugerują brak istotnych objawów, a wyższe wskazują na depresję o różnym natężeniu. BDI jest szeroko stosowane zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych, jednak jego ograniczeniem jest zależność od subiektywnej oceny pacjenta, co może prowadzić do zniekształceń wynikających z tendencji do zaniżania lub wyolbrzymiania objawów (Lee i in., 2024).

Innym powszechnie stosowanym narzędziem jest Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), wykorzystywana głównie w badaniach klinicznych oraz ocenie skuteczności leczenia. Skala ta została opracowana w celu mierzenia stopnia nasilenia depresji na podstawie oceny przeprowadzanej przez klinicystę, co odróżnia ją od BDI, który opiera się na samoopisie pacjenta. HAM-D obejmuje ocenę różnych aspektów depresji, takich jak jakość snu, spowolnienie psychoruchowe, pobudzenie, lęk czy myśli samobójcze. Wynik uzyskany w teście pozwala na określenie ciężkości depresji, co ułatwia monitorowanie postępów w terapii oraz dostosowywanie strategii leczenia. Ze względu na swoją złożoność oraz konieczność przeprowadzania wywiadu przez wykwalifikowanego specjalistę, skala ta jest stosowana



głównie w warunkach klinicznych, gdzie precyzyjna ocena objawów ma szczególne znaczenie dla doboru odpowiednich interwencji terapeutycznych (Cabaj-Wiatr, 2020).

W praktyce klinicznej istotne znaczenie ma również Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), który jest krótkim narzędziem przesiewowym służącym do identyfikacji objawów depresyjnych w populacji ogólnej. Skala ta składa się z dziewięciu pytań odnoszących się do głównych kryteriów depresji zgodnie z klasyfikacją DSM-5-TR, dzięki czemu może być wykorzystywana zarówno w badaniach epidemiologicznych, jak i w podstawowej opiece zdrowotnej. PHQ-9 jest szczególnie przydatny w szybkiej ocenie pacjentów w gabinetach lekarzy rodzinnych oraz poradniach zdrowia psychicznego, gdzie pełna diagnoza psychiatryczna nie zawsze jest możliwa na pierwszej wizycie. Wynik uzyskany w kwestionariuszu umożliwia ocenę nasilenia objawów i może sugerować konieczność przeprowadzenia bardziej szczegółowej diagnostyki. Narzędzie to cechuje się dużą czułością i specyficnością, jednak jego skuteczność zależy od szczerości odpowiedzi pacjenta, co może stanowić ograniczenie w przypadku osób, które niechętnie ujawniają swoje trudności emocjonalne (Tomaszewski i in., 2011).

Choć kwestionariusze przesiewowe są przydatne w wykrywaniu depresji i ocenie stopnia jej nasilenia, wywiad kliniczny pozostaje podstawowym narzędziem diagnostycznym stosowanym w psychiatrii i psychologii klinicznej. Proces ten polega na szczegółowej rozmowie z pacjentem, mającej na celu zebranie informacji dotyczących jego aktualnego stanu psychicznego, historii choroby oraz czynników mogących mieć wpływ na rozwój depresji. Wywiad pozwala na ocenę objawów zgodnie z kryteriami klasyfikacji DSM-5-TR lub ICD-11, uwzględniając ich czas trwania, wpływ na codzienne funkcjonowanie oraz możliwe przyczyny. Ważnym elementem wywiadu jest również analiza współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe, afektywne dwubiegunowe czy osobowości, które mogą wpływać na obraz kliniczny depresji. W odróżnieniu od narzędzi kwestionariuszowych, wywiad kliniczny umożliwia dostosowanie pytań do specyfiki pacjenta oraz pogłębioną ocenę subiektywnych doświadczeń, co zwiększa trafność diagnozy (Wainberg i in., 2021).

Kombinacja narzędzi przesiewowych oraz wywiadu klinicznego pozwala na kompleksową ocenę depresji i minimalizuje ryzyko błędów diagnostycznych. Kwestionariusze umożliwiają szybkie wykrycie objawów i określenie ich nasilenia, jednak wywiad kliniczny pozostaje niezbędny do weryfikacji wyników oraz uwzględnienia indywidualnych uwarunkowań pacjenta. Współczesne podejście do diagnostyki depresji zakłada stosowanie wielowymiarowej oceny, obejmującej zarówno samoopis pacjenta, jak i obiektywną analizę przeprowadzoną przez specjalistę. Dzięki temu możliwe jest nie tylko precyzyjne rozpoznanie



depresji, ale również dostosowanie strategii terapeutycznych do indywidualnych potrzeb pacjenta, co ma istotne znaczenie dla skuteczności leczenia (Bains i Abdijadid, 2023).

1.3. Przyczyny i mechanizmy powstawania depresji

Biologiczne teorie depresji koncentrują się na mechanizmach neurochemicznych i strukturalnych zmianach w mózgu, które przyczyniają się do rozwoju oraz utrzymywania się objawów depresyjnych. Wiele badań wskazuje, że jednym z głównych czynników wpływających na funkcjonowanie osób z depresją są zaburzenia w transmisji neuroprzekaźników, takich jak serotonina, dopamina i noradrenalina. Serotonina jest neuroprzekaźnikiem regulującym nastrój, sen, apetyt i funkcje poznawcze, a jej niedobór często wiąże się z utrzymującym się smutkiem, anhedonią oraz zwiększoną podatnością na stres. Hipoteza monoaminowa depresji sugeruje, że obniżony poziom serotoniny prowadzi do wystąpienia objawów depresyjnych, co stanowi podstawę działania leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI). Z kolei noradrenalina odpowiada za poziom energii, koncentrację i reakcję na bodźce stresowe, a jej niedobór może prowadzić do spadku aktywności oraz obniżonej motywacji. Dopamina, pełniąca istotną funkcję w układzie nagrody, reguluje poczucie przyjemności i motywację, a jej niedobór u osób z depresją często wiąże się z anhedonią, czyli utratą zdolności do odczuwania radości (Pels, 2020).

Oprócz zaburzeń w układzie neuroprzekaźnikowym, dysfunkcja osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA) stanowi jeden z istotnych mechanizmów biologicznych depresji. Oś HPA odpowiada za regulację reakcji organizmu na stres poprzez wydzielanie kortyzolu, który w warunkach przewlekłego stresu może prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu mózgu. U osób z depresją często obserwuje się hiperaktywność osi HPA, co skutkuje nadmiernym wydzielaniem kortyzolu i upośledzoną zdolnością organizmu do regulowania reakcji stresowych. Podwyższony poziom kortyzolu może negatywnie wpływać na strukturę i funkcjonowanie mózgu, prowadząc do neurotoksyczności oraz zmniejszenia objętości hipokampa, co ma istotne konsekwencje dla procesów pamięciowych oraz regulacji emocji. Nadmierna aktywacja osi HPA powoduje również wzrost podatności na stany lękowe oraz zaburzenia snu, co dodatkowo pogłębia objawy depresji. Badania wskazują, że osoby z depresją wykazują osłabioną odpowiedź negatywnego sprzężenia zwrotnego, co oznacza, że organizm nie potrafi skutecznie zahamować nadmiernej produkcji kortyzolu, co prowadzi do jego przewlekłego podwyższenia (Li i in., 2024).



Zmiany neuroanatomiczne w depresji obejmują zmniejszenie objętości hipokampa, nieprawidłowe funkcjonowanie ciała migdałowatego oraz osłabioną aktywność kory przedczołowej. Hipokamp, jako struktura odpowiedzialna za konsolidację pamięci oraz regulację emocji, ulega atrofii pod wpływem długotrwałego działania kortyzolu, co może prowadzić do zaburzeń pamięci oraz zwiększonej podatności na negatywne myśli i wspomnienia. U pacjentów z depresją często obserwuje się zmniejszenie tej struktury, co może tłumaczyć trudności w regulacji emocji oraz podatność na nawroty choroby. Ciało migdałowe, które odgrywa istotną rolę w przetwarzaniu emocji, wykazuje nadmierną aktywność u osób cierpiących na depresję, co może prowadzić do nasilonego odczuwania lęku, smutku oraz negatywnej interpretacji bodźców zewnętrznych (Trifu i in. 2020). Z kolei kora przedczołowa, odpowiedzialna za kontrolę impulsów, podejmowanie decyzji oraz regulację emocjonalną, wykazuje obniżoną aktywność, co może prowadzić do trudności w podejmowaniu działań i podejmowania konstruktywnych decyzji. Badania obrazowe wykazały, że osoby z depresją charakteryzują się mniejszą objętością istoty szarej w przednich obszarach kory przedczołowej, co może być związane z trudnościami w samoregulacji emocji oraz utrzymywaniem motywacji do działania (Wilczyńska i in., 2018).

Modele biologiczne depresji wskazują na wieloczynnikowe podłoże tego zaburzenia, obejmujące zarówno nieprawidłowości w funkcjonowaniu neuroprzekaźników, jak i zaburzenia w regulacji stresu oraz zmiany strukturalne w mózgu. Interakcje między tymi mechanizmami mogą prowadzić do trwałych zmian w funkcjonowaniu układu nerwowego, co tłumaczy przewlekły i nawracający charakter depresji u wielu pacjentów. Postęp w badaniach neurobiologicznych nad depresją pozwala na lepsze zrozumienie mechanizmów tego zaburzenia oraz opracowanie bardziej precyzyjnych metod leczenia, które mogą skuteczniej przywracać równowagę neurochemiczną i strukturalną w mózgu (Remes i in., 2021).

Psychologiczne teorie depresji koncentrują się na mechanizmach poznawczych i behawioralnych, które przyczyniają się do powstawania oraz utrzymywania objawów zaburzeń nastroju. W przeciwieństwie do podejścia biologicznego, które skupia się na neuroprzekaźnikach i zmianach w strukturze mózgu, modele psychologiczne podkreślają znaczenie sposobu myślenia, interpretacji rzeczywistości oraz strategii radzenia sobie z trudnościami. Współczesne badania wskazują, że niekorzystne wzorce poznawcze, utrwalone nawyki myślowe oraz negatywne doświadczenia życiowe mogą przyczyniać się do chronicznego obniżenia nastroju. Wśród najbardziej wpływowych koncepcji psychologicznych wyjaśniających mechanizmy depresji znajdują się teoria negatywnych schematów poznawczych Becka, model wyuczony bezradności Seligmana oraz teoria stylu atrybucji



Abramsona. Każdy z tych modeli podkreśla inny aspekt depresji, co pozwala na lepsze zrozumienie jej wielowymiarowego charakteru (Bernaras i in., 2019).

Teoria negatywnych schematów poznawczych Aarona Becka zakłada, że depresja wynika z utrwalonych, negatywnych sposobów myślenia, które wpływają na sposób postrzegania siebie, świata i przyszłości. Beck wyróżnił tzw. triadę poznawczą, na którą składają się negatywne przekonania o sobie (np. „jestem bezwartościowy”), świecie (np. „ludzie są niesprawiedliwi i wrogo nastawieni”) oraz przyszłości (np. „nigdy nie poprawi się moja sytuacja”). Według tej koncepcji osoby cierpiące na depresję przetwarzają informacje w sposób selektywny, koncentrując się na negatywnych aspektach rzeczywistości i ignorując pozytywne bodźce. Wzorce myślowe, takie jak katastrofizacja, nadmierna generalizacja czy selektywne abstrahowanie, prowadzą do utrwalania pesymistycznych interpretacji rzeczywistości. Zniekształcenia poznawcze przyczyniają się do obniżonego nastroju oraz braku motywacji do podejmowania działań, co może prowadzić do izolacji społecznej i pogłębiania objawów depresji. Terapia poznawcza oparta na modelu Becka koncentruje się na modyfikacji tych schematów poprzez identyfikowanie i zmienianie nieadaptacyjnych przekonań oraz naukę bardziej realistycznych interpretacji sytuacji życiowych (Romanowska i Dobroczyński, 2020).

Model wyuczonej bezradności Martina Seligmana opiera się na badaniach dotyczących reakcji organizmów na powtarzające się, niekontrolowalne negatywne doświadczenia. Eksperymenty przeprowadzone przez Seligmana na zwierzętach wykazały, że gdy jednostka wielokrotnie doświadcza sytuacji, w których jej działania nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, może dojść do ukształtowania się postawy biernej rezygnacji. Przeniesienie tej teorii na grunt psychologii człowieka pozwoliło wyjaśnić, dlaczego niektóre osoby rozwijają depresję po długotrwałym doświadczaniu niepowodzeń lub stresu. Wyuczona bezradność prowadzi do przekonania, że niezależnie od podejmowanych działań sytuacja nie ulegnie poprawie, co skutkuje brakiem motywacji do zmiany oraz apatią. Osoby cierpiące na depresję często interpretują swoje porażki jako dowód na brak kontroli nad własnym życiem, co pogłębia uczucie rezygnacji i prowadzi do dalszego wycofania z aktywności społecznej i zawodowej. Terapia skoncentrowana na tym modelu dąży do przywrócenia poczucia sprawczości poprzez naukę nowych strategii radzenia sobie oraz doświadczanie sytuacji, w których podejmowane działania prowadzą do pozytywnych zmian (Kolber, 2019).

Teoria stylu atrybucji Lynna Abramsona rozwija koncepcję wyuczonej bezradności, koncentrując się na sposobie wyjaśniania przyczyn sukcesów i porażek. Osoby podatne na depresję często posługują się negatywnym stylem atrybucyjnym, który polega na przypisywaniu niepowodzeń przyczynom wewnętrznym („to moja wina”), stałym („zawsze tak



będzie”) i globalnym („dotyczy to każdej dziedziny mojego życia”). Takie myślenie sprawia, że nawet pojedyncze niepowodzenie może prowadzić do generalizacji negatywnych przekonań o sobie i świecie. Osoby z depresją wykazują tendencję do przypisywania sukcesów czynnikom zewnętrznym, takim jak przypadek lub szczęśliwy zbieg okoliczności, co uniemożliwia budowanie pozytywnej samooceny. Zniekształcenia poznawcze wynikające z negatywnego stylu atrybucji mogą prowadzić do chronicznego pesymizmu oraz obniżonego poczucia własnej wartości. Terapia poznawcza oparta na tej teorii koncentruje się na zmianie sposobu interpretowania wydarzeń oraz nauce bardziej zrównoważonego i realistycznego podejścia do własnych sukcesów i porażek (Ciżkowska, 2017).

Psychologiczne modele depresji wskazują na istotną rolę procesów poznawczych i behawioralnych w powstawaniu oraz utrzymywaniu się objawów depresyjnych. Teoria Becka podkreśla znaczenie negatywnych schematów myślenia, które prowadzą do zniekształconej percepcji rzeczywistości. Model Seligmana zwraca uwagę na wpływ wcześniejszych doświadczeń i przekonania o braku kontroli nad własnym życiem, natomiast teoria Abramsona koncentruje się na sposobach wyjaśniania sukcesów i porażek. Integracja tych podejść w terapii poznawczo-behawioralnej umożliwia skuteczne modyfikowanie negatywnych schematów myślenia oraz przywracanie poczucia sprawczości, co przekłada się na poprawę funkcjonowania pacjentów z depresją (Koryńska, 2022; Blaut i Paulewicz, 2011).

Depresja jest złożonym zaburzeniem, którego etiologia obejmuje nie tylko czynniki biologiczne i psychologiczne, ale także szeroko pojęte aspekty społeczne i środowiskowe. Wpływ otoczenia na rozwój i przebieg depresji uwidacznia się szczególnie w kontekście relacji międzyludzkich, które mogą zarówno chronić przed zaburzeniami nastroju, jak i przyczyniać się do ich pogłębiania. Badania wskazują, że osoby doświadczające izolacji społecznej, konfliktów w relacjach lub braku wsparcia emocjonalnego są bardziej narażone na wystąpienie objawów depresyjnych. Trudności w relacjach z partnerem, rodziną czy przyjaciółmi mogą prowadzić do utrwalania negatywnych schematów myślenia, obniżonego poczucia własnej wartości oraz wzrostu poziomu stresu. Osoby pozbawione bliskich więzi częściej doświadczają poczucia osamotnienia, które może prowadzić do stopniowego wycofania się z aktywności społecznych i zawodowych. Wsparcie emocjonalne i możliwość dzielenia się trudnościami z bliskimi przyczyniają się do lepszego radzenia sobie z przeciwnościami, podczas gdy przewlekłe konflikty lub toksyczne relacje mogą wzmacniać objawy depresji i utrudniać proces zdrowienia (Barton i in., 2017).

Jednym z istotnych czynników środowiskowych wpływających na depresję jest stres zawodowy, który w ostatnich dekadach stał się jednym z głównych problemów zdrowotnych w



społeczeństwach wysoko rozwiniętych. Przewlekła presja związana z wysokimi wymaganiami, rywalizacją, nadmiernym obciążeniem obowiązkami oraz brakiem równowagi między życiem zawodowym a prywatnym prowadzi do narastającego napięcia psychicznego. Badania wskazują, że osoby pracujące w warunkach chronicznego stresu zawodowego, zwłaszcza w branżach wymagających wysokiego poziomu odpowiedzialności i nieustannej dyspozycyjności, są bardziej narażone na wypalenie zawodowe oraz depresję. Dodatkowym czynnikiem ryzyka jest brak kontroli nad wykonywaną pracą, niska satysfakcja zawodowa oraz niepewność zatrudnienia. Osoby, które doświadczają braku wsparcia w miejscu pracy, częściej zgłaszają objawy chronicznego zmęczenia, apatii oraz trudności w podejmowaniu decyzji, co może prowadzić do stopniowego obniżenia motywacji oraz wycofania się z aktywności zawodowej. Przewlekły stres związany z pracą wpływa również na funkcjonowanie układu nerwowego, co może przyczynić się do zaburzeń snu, problemów z koncentracją oraz wzrostu poziomu kortyzolu, który ma negatywny wpływ na nastrój i funkcje poznawcze (Harassim, 2018).

Wpływ czynników środowiskowych na depresję stał się szczególnie widoczny w czasie pandemii COVID-19, która spowodowała gwałtowne zmiany w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym. Wprowadzone ograniczenia, długotrwała izolacja oraz poczucie zagrożenia zdrowia i stabilności finansowej przyczyniły się do wzrostu liczby zachorowań na depresję i inne zaburzenia psychiczne. Osoby, które utraciły pracę lub doświadczyły nagłych zmian w trybie życia, były bardziej narażone na zaburzenia nastroju, szczególnie w wyniku braku poczucia kontroli nad sytuacją oraz ograniczenia kontaktów społecznych. Praca zdalna, choć pozwoliła na utrzymanie zatrudnienia, w wielu przypadkach wpłynęła negatywnie na zdrowie psychiczne, prowadząc do poczucia izolacji, trudności w oddzieleniu życia prywatnego od zawodowego oraz zwiększonego poziomu stresu. Osoby, które przeszły zakażenie COVID-19, często doświadczały objawów depresyjnych jako następstwa długotrwałego osłabienia organizmu oraz lęku przed powikłaniami zdrowotnymi. Pandemia ujawniła również znaczenie stabilnych relacji społecznych w przeciwdziałaniu depresji – osoby z silnym wsparciem rodzinnym i przyjacielskim wykazywały większą odporność psychiczną, podczas gdy ci, którzy pozostawali samotni, częściej zgłaszali uczucie przygnębienia i bezradności (Dymecka, 2021).

Czynniki społeczne i środowiskowe odgrywają istotną rolę w rozwoju depresji, wpływając zarówno na jej wystąpienie, jak i przebieg. Jakość relacji międzyludzkich, warunki pracy oraz nagłe zmiany społeczne mogą przyczynić się do pojawienia się objawów depresyjnych lub ich pogłębienia. Badania wskazują, że osoby funkcjonujące w sprzyjającym środowisku społecznym, posiadające wsparcie emocjonalne oraz możliwość dzielenia się



swoimi trudnościami, rzadziej doświadczają ciężkich epizodów depresyjnych. Z kolei brak stabilności życiowej, konflikty interpersonalne oraz przewlekły stres mogą prowadzić do długotrwałego obniżenia nastroju, apatii oraz poczucia bezradności. Zrozumienie wpływu czynników zewnętrznych na zdrowie psychiczne ma istotne znaczenie dla opracowania skutecznych strategii profilaktycznych oraz wsparcia terapeutycznego, które uwzględniają nie tylko indywidualne predyspozycje pacjentów, ale także ich otoczenie społeczne i zawodowe (Hu i in., 2021).

Depresja jest zaburzeniem o złożonej etiologii, w której znaczenie mają zarówno czynniki środowiskowe, jak i uwarunkowania genetyczne. Badania nad dziedzicznością depresji wskazują, że podatność na jej rozwój może być przekazywana między pokoleniami, jednak mechanizmy tego zjawiska nie są jednoznaczne. Analizy rodzinne oraz badania bliźniąt wykazały, że ryzyko wystąpienia depresji jest wyższe u osób, których krewni pierwszego stopnia cierpieli na to zaburzenie. W przypadku bliźniąt jednojajowych zgodność występowania depresji wynosi około 40–50%, co sugeruje znaczący wpływ genów, choć nie jest on jedynym czynnikiem warunkującym chorobę. Identyfikacja genów związanych z depresją jest trudna ze względu na wielogenowy charakter tego zaburzenia oraz liczne interakcje między czynnikami genetycznymi a środowiskowymi. Badania asocjacyjne całego genomu (GWAS) pozwoliły na zidentyfikowanie niektórych wariantów genetycznych związanych z większą podatnością na depresję, jednak ich wpływ na rozwój choroby jest niewielki i często zależy od oddziaływania innych czynników (Cui i in., 2024).

Wpływ genetyki na depresję jest szczególnie widoczny w kontekście neuroprzekątnictwa oraz regulacji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA). Badania wykazały, że niektóre warianty genów kodujących białka odpowiedzialne za transport i metabolizm serotoniny mogą zwiększać ryzyko wystąpienia depresji, zwłaszcza w warunkach przewlekłego stresu. Jednym z najczęściej analizowanych genów w kontekście depresji jest SLC6A4, kodujący transporter serotoniny (5-HTT), którego polimorfizmy mogą wpływać na efektywność wychwyty zwrotnego tego neuroprzekaźnika. Osoby posiadające krótszą wersję allelu tego genu wykazują większą podatność na depresję w sytuacjach stresowych, co sugeruje, że uwarunkowania genetyczne mogą zwiększać wrażliwość na czynniki środowiskowe. Innym genem związanym z depresją jest BDNF (brain-derived neurotrophic factor), który odpowiada za neuroplastyczność i adaptację neuronów do zmieniających się warunków. Obniżony poziom BDNF obserwowany u osób z depresją może prowadzić do zmniejszenia zdolności mózgu do regeneracji oraz utrwalania negatywnych wzorców myślenia (Pleis, 2020).



Oprócz klasycznych mechanizmów genetycznych istotne znaczenie dla depresji mają procesy epigenetyczne, które regulują ekspresję genów bez zmian w sekwencji DNA. Czynniki środowiskowe, takie jak stres, trauma, dieta czy ekspozycja na toksyny, mogą modyfikować aktywność genów poprzez procesy metylacji DNA, modyfikacje histonów oraz działanie mikroRNA. Badania wykazały, że osoby doświadczające traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie wykazują zmiany epigenetyczne w genach związanych z regulacją osi HPA, co może prowadzić do nadreaktywności na stres i zwiększonego ryzyka depresji w dorosłości. Podwyższony poziom metylacji genu NR3C1, kodującego receptor glukokortykoidowy, został zaobserwowany u osób, które w dzieciństwie były narażone na przewlekły stres emocjonalny. Zmiany epigenetyczne mogą mieć długotrwałe konsekwencje dla funkcjonowania układu nerwowego i utrwalac podatność na rozwój depresji, nawet jeśli czynniki stresowe ustępują (Chmielewska i in., 2019).

Epigenetyczne mechanizmy depresji wskazują, że choroba ta nie jest jedynie wynikiem dziedziczności, ale stanowi efekt dynamicznej interakcji między genami a środowiskiem. W przeciwieństwie do klasycznych mutacji genetycznych, zmiany epigenetyczne są potencjalnie odwracalne, co otwiera nowe perspektywy terapeutyczne. Badania nad wpływem stylu życia, interwencji psychologicznych oraz farmakoterapii na epigenetykę depresji sugerują, że odpowiednia stymulacja mózgu może prowadzić do modyfikacji ekspresji genów związanych z regulacją nastroju. Niektóre leki przeciwdepresyjne, takie jak inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), mogą wpływać na procesy epigenetyczne poprzez zmiany w metylacji DNA oraz regulację ekspresji BDNF. Możliwość modulowania epigenetyki poprzez farmakoterapię oraz interwencje psychoterapeutyczne stanowi obiecujący kierunek badań nad bardziej skutecznymi metodami leczenia depresji, uwzględniającymi indywidualne predyspozycje genetyczne pacjentów (Chmielewska i in., 2019).

Zrozumienie roli genetyki i epigenetyki w depresji dostarcza istotnych informacji na temat mechanizmów leżących u podstaw tego zaburzenia oraz potencjalnych sposobów jego leczenia. Podczas gdy klasyczne podejście genetyczne koncentruje się na identyfikacji wariantów genów zwiększających podatność na depresję, badania epigenetyczne wskazują na plastyczność systemów regulujących nastroj oraz możliwość ich modyfikacji poprzez czynniki środowiskowe. Włączenie tych perspektyw do diagnostyki i terapii depresji może pozwolić na bardziej zindywidualizowane podejście do pacjentów oraz skuteczniejsze strategie profilaktyczne, które uwzględniają zarówno biologiczne, jak i środowiskowe aspekty tego zaburzenia (Chmielewska i in., 2019).



1.4. Leczenie depresji

Farmakoterapia depresji opiera się na działaniu substancji wpływających na funkcjonowanie neuroprzebieżników w ośrodkowym układzie nerwowym. Leki przeciwdepresyjne stosowane w terapii klinicznej różnią się mechanizmem działania, profilem skutków ubocznych oraz skutecznością w różnych podtypach depresji. Tradycyjne podejście do farmakoterapii koncentruje się na regulacji poziomu serotoniny, noradrenaliny i dopaminy, które odgrywają istotną rolę w modulacji nastroju i funkcji poznawczych. Współczesne badania nad leczeniem depresji uwzględniają również innowacyjne podejścia, obejmujące nowe substancje oraz terapie celowane, które mogą przynosić szybsze i bardziej skuteczne efekty w porównaniu do klasycznych leków przeciwdepresyjnych (Samochowiec, 2021).

Najczęściej stosowaną grupą leków przeciwdepresyjnych są selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), do których należą fluoksetyna, sertralina, citalopram, paroksetyna i escitalopram. Mechanizm ich działania polega na blokowaniu wychwyty zwrotnego serotoniny w synapsach nerwowych, co prowadzi do zwiększenia jej stężenia w przestrzeni synaptycznej i poprawy przewodnictwa neuronalnego. SSRI są szeroko stosowane ze względu na względnie dobrą tolerancję oraz niższe ryzyko wystąpienia działań niepożądanych w porównaniu do starszych generacji leków. Mogą jednak powodować skutki uboczne, takie jak bezsenność, spadek libido, zaburzenia żołądkowo-jelitowe oraz zespół serotoninowy w przypadku przedawkowania lub interakcji z innymi substancjami (Patejuk-Mazurek, 2017).

Inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI), takie jak wenlafaksyna i duloksetyna, działają na dwa główne neuroprzebieżniki odpowiedzialne za regulację nastroju. Blokując wychwyt zarówno serotoniny, jak i noradrenaliny, leki te wykazują szersze spektrum działania niż SSRI i mogą być bardziej skuteczne w leczeniu depresji odpornej na standardową farmakoterapię. SNRI często znajdują zastosowanie u pacjentów, u których depresji towarzyszy przewlekły ból neuropatyczny, ponieważ noradrenalina wpływa na modulację sygnałów bólowych. Pomimo wysokiej skuteczności, leki tej grupy mogą powodować wzrost ciśnienia krwi, bezsenność oraz objawy odstawienne po nagłym przerwaniu terapii (Patejuk-Mazurek, 2017).

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD), w tym amitryptylina, imipramina i klomipramina, należą do jednej z najstarszych grup leków stosowanych w leczeniu depresji. Ich działanie opiera się na blokowaniu wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny, jednak ze względu na nieselektywność wykazują również wpływ na inne układy receptorowe, co



skutkuje licznymi działaniami niepożądanymi. Do najczęstszych należą senność, suchość w ustach, zaburzenia rytmu serca oraz przyrost masy ciała. TLPD są obecnie rzadziej stosowane w leczeniu depresji z uwagi na ich większą toksyczność w przypadku przedawkowania oraz ryzyko działań niepożądanych, jednak wciąż znajdują zastosowanie u pacjentów, którzy nie reagują na nowocześniejsze leki przeciwdepresyjne (Samochowicz, 2021).

Inhibitory monoaminooksydazy (MAOI), takie jak fenelzyna i tranylcypromina, działają poprzez hamowanie enzymu monoaminooksydazy, który odpowiada za rozkład serotoniny, noradrenaliny i dopaminy. Leki te były jednymi z pierwszych stosowanych w leczeniu depresji, jednak ich użycie jest obecnie ograniczone ze względu na poważne interakcje z żywnością i innymi lekami. Spożywanie produktów bogatych w tyraminę, takich jak sery dojrzewające czy czerwone wino, może prowadzić do gwałtownego wzrostu ciśnienia tętniczego, co stanowi zagrożenie dla zdrowia pacjentów. Pomimo tych ograniczeń MAOI bywają skuteczne w leczeniu depresji atypowej oraz depresji lekoopornej, zwłaszcza gdy inne metody terapeutyczne okazują się nieskuteczne (Grabowski, 2021).

W ostatnich latach rośnie zainteresowanie nowymi metodami farmakoterapii depresji, które wykraczają poza tradycyjne modele oparte na regulacji monoamin. Esketamina, będąca izomerem ketaminy, wykazuje szybkie działanie przeciwdepresyjne, co czyni ją skuteczną opcją dla pacjentów z depresją oporną na standardowe leczenie. Mechanizm jej działania opiera się na modulacji układu glutaminianergicznego poprzez blokowanie receptorów NMDA, co prowadzi do zwiększonego uwalniania neurotrofin wspierających plastyczność neuronalną. Esketamina stosowana w formie donosowej wykazuje szybki efekt terapeutyczny, często już w ciągu kilku godzin po podaniu, co ma istotne znaczenie w przypadkach depresji przebiegającej z myślami samobójczymi. W przeciwieństwie do tradycyjnych leków przeciwdepresyjnych, które wymagają kilku tygodni stosowania przed uzyskaniem pełnego efektu terapeutycznego, esketamina może przynieść ulgę pacjentom w stanie nagłego zagrożenia (Cichocka i in., 2021).

Nowoczesne podejścia terapeutyczne obejmują również badania nad substancjami psychodelicznymi, takimi jak psylocybina i LSD, które wykazują potencjał w leczeniu depresji odpornej na standardowe leczenie. Wstępne badania sugerują, że pod kontrolą medyczną substancje te mogą prowadzić do głębokich zmian w schematach myślenia i percepcji, co może być szczególnie skuteczne w terapii depresji lekoopornej oraz depresji związanej z traumą. Mechanizm działania psychodelików polega na wpływie na receptory serotoninowe, jednak w przeciwieństwie do klasycznych leków przeciwdepresyjnych, wywołują one doświadczenia introspektywne, które mogą prowadzić do trwałych zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym i poznawczym. Choć terapia psychodeliczna nadal znajduje się na etapie badań klinicznych,



wyniki wskazują na jej wysoką skuteczność oraz długotrwałe efekty poprawy nastroju (Karaś i in. 2021).

Farmakoterapia depresji obejmuje szeroki zakres substancji o różnych mechanizmach działania, które umożliwiają dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Nowoczesne podejścia, w tym stosowanie esketaminy oraz badania nad psychodelikami, otwierają nowe możliwości terapeutyczne dla pacjentów, u których standardowe metody leczenia nie przynoszą oczekiwanych efektów. Postęp w farmakologii depresji koncentruje się na opracowaniu terapii o szybszym działaniu, mniejszej liczbie skutków ubocznych oraz większej skuteczności u pacjentów z depresją lekooporną, co może przyczynić się do poprawy jakości życia osób dotkniętych tym zaburzeniem (Samochowicz, 2019).

Psychoterapia jest jednym z podstawowych sposobów leczenia depresji, stosowanym zarówno jako samodzielna metoda terapeutyczna, jak i w połączeniu z farmakoterapią. Różne podejścia terapeutyczne koncentrują się na odmiennych aspektach funkcjonowania psychicznego, obejmując zarówno modyfikację schematów myślenia i zachowań, jak i analizę relacji interpersonalnych oraz nieuświadomionych konfliktów wewnętrznych. Wybór odpowiedniej metody terapeutycznej zależy od specyfiki objawów, indywidualnych cech pacjenta oraz jego gotowości do pracy nad własnymi trudnościami. Współczesne badania wskazują, że skuteczność psychoterapii w leczeniu depresji jest porównywalna do leczenia farmakologicznego, a w niektórych przypadkach wykazuje bardziej trwałe efekty, zmniejszając ryzyko nawrotów choroby. Wśród najczęściej stosowanych metod znajdują się terapia poznawczo-behawioralna (CBT), terapia interpersonalna (IPT) oraz terapia psychodynamiczna, które różnią się podejściem do przyczyn depresji oraz sposobem pracy z pacjentem (Kalita, 2018).

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) opiera się na założeniu, że depresja jest wynikiem negatywnych schematów myślenia oraz nieadaptacyjnych wzorców zachowania. Twórca tej metody, Aaron Beck, zauważył, że osoby cierpiące na depresję wykazują tendencję do utrwalania pesymistycznych przekonań o sobie, świecie i przyszłości, co prowadzi do pogłębienia objawów. Celem terapii jest identyfikacja i modyfikacja dysfunkcyjnych schematów myślowych, które utrzymują depresyjny nastrój oraz ograniczają motywację do działania. Praca terapeutyczna koncentruje się na nauce bardziej realistycznych interpretacji wydarzeń, zmianie negatywnych przekonań oraz rozwijaniu strategii radzenia sobie z trudnościami. Istotnym elementem CBT jest również modyfikacja zachowań, w tym stopniowe angażowanie pacjenta w aktywności przyjemne i budowanie pozytywnych doświadczeń. Badania potwierdzają wysoką skuteczność CBT w leczeniu depresji, zwłaszcza w łagodnych i



umiarkowanych przypadkach, a także w profilaktyce nawrotów, co czyni ją jedną z najbardziej rekomendowanych form terapii dla osób z tym zaburzeniem (Napierała 2017; Samochowiec 2021).

Terapia interpersonalna (IPT) koncentruje się na analizie relacji międzyludzkich i ich wpływu na nastrój oraz funkcjonowanie psychiczne pacjenta. Model ten zakłada, że depresja często rozwija się w wyniku trudności w interakcjach społecznych, konfliktów interpersonalnych lub doświadczenia utraty bliskiej osoby. W trakcie terapii pacjent pracuje nad poprawą komunikacji, rozwiązywaniem konfliktów oraz budowaniem zdrowszych relacji z otoczeniem, co ma prowadzić do zmniejszenia objawów depresji. IPT obejmuje również analizę znaczących wydarzeń życiowych, takich jak zmiany w życiu zawodowym, rozwód czy przejście na emeryturę, które mogą wywoływać obniżony nastrój i poczucie bezradności. Podejście to jest szczególnie skuteczne w leczeniu depresji związanej z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym, a także u osób, które doświadczyły strat lub przewlekłego stresu w relacjach międzyludzkich. Terapia interpersonalna jest zwykle stosowana w krótkoterminowym modelu, co oznacza, że pacjent uczestniczy w określonej liczbie sesji, skoncentrowanych na bieżących problemach i zmianie schematów interakcji społecznych (Starzomska i in., 2018).

Terapia psychodynamiczna opiera się na założeniu, że depresja wynika z nieświadomych konfliktów wewnętrznych, nierozwiązanych traum oraz trudności w budowaniu relacji międzyludzkich. Podejście to wywodzi się z psychoanalizy i zakłada, że depresja może być efektem tłumionych emocji, lęków lub nierozwiązanych konfliktów z przeszłości, które wpływają na aktualne funkcjonowanie pacjenta. Praca terapeutyczna skupia się na eksploracji doświadczeń z dzieciństwa, relacji z ważnymi osobami oraz wzorców emocjonalnych, które mogą prowadzić do powtarzania tych samych schematów w dorosłym życiu. Celem terapii jest zwiększenie świadomości pacjenta na temat własnych mechanizmów obronnych, a także przepracowanie trudnych emocji, które mogą wpływać na rozwój depresji. Terapia psychodynamiczna często przebiega w formie długoterminowej, co umożliwia głęboką analizę problemów pacjenta, jednak jej efekty mogą pojawiać się stopniowo. Badania wskazują, że terapia psychodynamiczna może być skuteczna u pacjentów z depresją o charakterze przewlekłym, zwłaszcza gdy zaburzenie współwystępuje z problemami osobowościowymi lub historią trudnych relacji interpersonalnych (Ribeiro i in., 2017).

Różne podejścia psychoterapeutyczne umożliwiają dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz specyfiki objawów depresji. Terapia poznawczo-behawioralna koncentruje się na zmianie negatywnych schematów myślenia i zachowania, co



pozwała na szybkie wprowadzenie konstruktywnych strategii radzenia sobie z objawami. Terapia interpersonalna skupia się na poprawie relacji międzyludzkich i ich wpływie na samopoczucie, co czyni ją szczególnie skuteczną w leczeniu depresji wynikającej z trudności w interakcjach społecznych. Z kolei terapia psychodynamiczna pozwala na głębsze zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw depresji i przepracowanie nierozwiązanych konfliktów emocjonalnych. Wybór odpowiedniego podejścia zależy od specyfiki zaburzenia, osobistych preferencji pacjenta oraz jego gotowości do pracy nad trudnościami emocjonalnymi, co podkreśla znaczenie indywidualizacji procesu terapeutycznego w leczeniu depresji (Michalska-Leśniewicz, 2021).

Postęp w naukach medycznych i neurobiologii doprowadził do opracowania nowoczesnych metod leczenia depresji, które wykraczają poza standardowe podejścia farmakologiczne i psychoterapeutyczne. Alternatywne terapie znajdują zastosowanie zwłaszcza w przypadkach depresji lekoopornej, gdzie konwencjonalne metody nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Wśród innowacyjnych strategii terapeutycznych wyróżnia się terapię elektrowstrząsową (ECT), przezczaszkową stymulację magnetyczną (TMS) oraz zastosowanie substancji psychodelicznych w leczeniu depresji. Każda z tych metod wykorzystuje odmienne mechanizmy działania, wpływając na aktywność neuronalną, neuroprzebieżność oraz plastyczność mózgu, co otwiera nowe perspektywy terapeutyczne dla pacjentów z ciężkimi lub opornymi na leczenie epizodami depresyjnymi (Samochowiec, 2019;2021).

Terapia elektrowstrząsowa (ECT) jest jedną z najskuteczniejszych metod leczenia ciężkich i lekoopornych postaci depresji, zwłaszcza w przypadkach, gdy występują objawy psychotyczne lub myśli samobójcze. Metoda ta polega na zastosowaniu impulsów elektrycznych wywołujących kontrolowane napady drgawkowe w celu modulacji aktywności neuronalnej. Mimo kontrowersji związanych z jej historią i negatywnym wizerunkiem w kulturze popularnej, badania kliniczne potwierdzają wysoką skuteczność ECT w redukcji objawów depresyjnych, często w krótszym czasie niż w przypadku leczenia farmakologicznego. Mechanizm działania terapii elektrowstrząsowej nie jest w pełni poznany, jednak przypuszcza się, że wpływa ona na plastyczność mózgu poprzez zwiększenie uwalniania neurotrofin, poprawę funkcji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza oraz regulację aktywności neuroprzebieżników. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu ogólnym i z zastosowaniem leków zwiotczających mięśnie, co minimalizuje ryzyko urazów. Do najczęściej zgłaszanych skutków ubocznych należą przejściowe zaburzenia pamięci oraz dezorientacja po zabiegu, jednak w porównaniu do nieleczonej depresji korzyści z terapii przewyższają potencjalne ryzyko (Kucia i in., 2015).



Przecczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS) stanowi nieinwazyjną metodę terapii depresji, wykorzystującą impulsy magnetyczne do modulacji aktywności neuronów w określonych obszarach mózgu. Stymulacja magnetyczna koncentruje się głównie na grzbietowo-bocznej korze przedczołowej (DLPFC), która odpowiada za regulację emocji, motywacji oraz procesów decyzyjnych. W depresji często obserwuje się obniżoną aktywność tego obszaru, co może przyczyniać się do utrzymujących się objawów apatii, braku energii oraz negatywnego nastroju. TMS działa poprzez generowanie pola magnetycznego, które indukuje prądy elektryczne w tkance mózgowej, wpływając na funkcjonowanie sieci neuronalnych. Badania wykazały, że regularne sesje TMS mogą prowadzić do stopniowej poprawy nastroju, zmniejszenia anhedonii oraz poprawy funkcji poznawczych. W porównaniu do ECT, TMS nie wymaga znieczulenia i nie wiąże się z ryzykiem utraty pamięci, jednak jej skuteczność może być niższa w przypadku ciężkich epizodów depresyjnych. Terapia ta znajduje zastosowanie zwłaszcza u pacjentów, którzy nie reagują na standardowe leki przeciwdepresyjne, ale nie wymagają bardziej inwazyjnych metod leczenia (Wieczorek i in. 2021).

Zastosowanie substancji psychodelicznych w leczeniu depresji stanowi jeden z najbardziej obiecujących kierunków współczesnej psychiatrii. Badania nad substancjami takimi jak psylocybina, LSD i MDMA wskazują, że mogą one znacząco wpływać na przetwarzanie emocji, plastyczność neuronalną oraz percepcję samego siebie. Psylocybina, będąca aktywnym składnikiem grzybów psychodelicznych, wykazuje zdolność do wiązania się z receptorami serotoninowymi 5-HT_{2A}, co prowadzi do głębokich zmian w funkcjonowaniu sieci neuronalnych i może przyczyniać się do przełamywania utrwalonych negatywnych schematów myślowych. W badaniach klinicznych wykazano, że jedna lub dwie sesje terapeutyczne z zastosowaniem psylocybiny mogą prowadzić do długotrwałej poprawy nastroju i zmniejszenia objawów depresji, szczególnie u pacjentów z depresją lekooporną. Terapia psychodeliczna prowadzona w kontrolowanych warunkach pozwala pacjentom na introspekcję i głęboką analizę emocjonalną, co może sprzyjać przepracowaniu traum i redukcji negatywnych wzorców myślenia (Król i in., 2019; Karaś i in. 2021).

Nowoczesne metody leczenia depresji, obejmujące ECT, TMS oraz zastosowanie psychodelików, otwierają nowe możliwości terapeutyczne dla pacjentów, u których standardowe leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne okazuje się niewystarczające. Terapia elektrowstrząsowa, mimo kontrowersji, pozostaje jedną z najskuteczniejszych metod leczenia depresji ciężkiej i opornej na leczenie. Przecczaszkowa stymulacja magnetyczna stanowi mniej inwazyjną alternatywę, umożliwiającą precyzyjną modulację aktywności mózgu bez konieczności stosowania leków. Z kolei psychodeliki, choć wciąż znajdują się na etapie



badań klinicznych, mogą w przyszłości stać się przełomowym narzędziem terapeutycznym, pozwalającym na trwałą zmianę sposobu przetwarzania emocji i odbioru rzeczywistości. Każda z tych metod może stanowić uzupełnienie konwencjonalnych strategii terapeutycznych, przyczyniając się do poprawy satysfakcji z życia osób cierpiących na depresję (Wieczorek i in., 2021).

Współczesne podejście do leczenia depresji coraz częściej uwzględnia interwencje alternatywne oraz modyfikację stylu życia, które mogą wspomagać tradycyjne metody terapeutyczne i farmakologiczne. Badania wskazują, że regularna aktywność fizyczna, odpowiednio zbilansowana dieta oraz techniki uważności (mindfulness) mają pozytywny wpływ na funkcjonowanie psychiczne i mogą przyczyniać się do redukcji objawów depresyjnych. W przeciwieństwie do farmakoterapii i psychoterapii, interwencje związane ze stylem życia mają charakter holistyczny, wpływając na organizm zarówno na poziomie fizycznym, jak i emocjonalnym. Włączenie tych metod do codziennego funkcjonowania może przyczynić się do zwiększenia ogólnej odporności psychicznej, poprawy jakości życia oraz zmniejszenia ryzyka nawrotów depresji (Golonka i in., 2024).

Aktywność fizyczna jest jednym z najskuteczniejszych naturalnych sposobów poprawy nastroju i redukcji objawów depresji. Regularne ćwiczenia fizyczne wpływają na układ nerwowy poprzez zwiększenie wydzielania endorfin, które poprawiają samopoczucie oraz redukują poziom stresu. Ponadto aktywność fizyczna zwiększa poziom serotoniny, dopaminy i noradrenaliny, co sprzyja regulacji nastroju i przeciwdziała obniżeniu motywacji. Badania wskazują, że osoby regularnie angażujące się w umiarkowaną aktywność fizyczną, taką jak jogging, joga, pływanie czy taniec, doświadczają mniejszego nasilenia objawów depresyjnych niż osoby prowadzące siedzący tryb życia. Korzyści płynące z aktywności fizycznej obejmują również poprawę jakości snu, zmniejszenie napięcia mięśniowego oraz wzrost samooceny, co może odgrywać istotną funkcję w procesie zdrowienia. Rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej w leczeniu depresji sugerują wykonywanie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 30 minut dziennie, kilka razy w tygodniu, co może prowadzić do trwałej poprawy samopoczucia (Saran, 2021).

Dieta odgrywa istotną funkcję w regulacji nastroju i funkcjonowaniu układu nerwowego, co sprawia, że sposób odżywiania może mieć wpływ na przebieg depresji. Badania nad zależnością między dietą a zdrowiem psychicznym wskazują, że sposób żywienia wpływa na poziom neuroprzekaźników, stan zapalny organizmu oraz funkcjonowanie mikrobioty jelitowej, która pozostaje w ścisłym związku z układem nerwowym. Dieta bogata w przetworzoną żywność, cukry proste oraz nasycone kwasy tłuszczowe może nasilać objawy



depresyjne, podczas gdy spożywanie produktów bogatych w kwasy tłuszczowe omega-3, antyoksydanty oraz witaminy z grupy B wspiera zdrowie psychiczne. Szczególną uwagę poświęca się diecie śródziemnomorskiej, która opiera się na spożywaniu dużej ilości warzyw, owoców, orzechów, ryb, oliwy z oliwek oraz produktów pełnoziarnistych. Dieta ta dostarcza składników wspomagających funkcjonowanie układu nerwowego, a badania wskazują, że jej stosowanie może obniżać ryzyko wystąpienia depresji oraz zmniejszać nasilenie jej objawów. Regularne spożywanie produktów bogatych w tryptofan, który jest prekursorem serotoniny, może dodatkowo wspierać regulację nastroju oraz poprawę samopoczucia (Nowak i in., 2024).

Mindfulness, czyli trening uważności, jest metodą terapeutyczną, która koncentruje się na rozwijaniu świadomości chwili obecnej oraz akceptacji własnych myśli i emocji. Technika ta wywodzi się z tradycji medytacyjnych, jednak jej skuteczność w leczeniu depresji została potwierdzona w licznych badaniach klinicznych. Mindfulness pozwala pacjentom na obserwowanie swoich myśli bez ich oceniania, co może redukować tendencję do ruminacji, czyli nadmiernego analizowania negatywnych doświadczeń. Regularna praktyka uważności wpływa na funkcjonowanie mózgu poprzez zmniejszenie aktywności ciała migdałowatego, które odpowiada za przetwarzanie negatywnych emocji, oraz zwiększenie aktywności kory przedczołowej, która reguluje procesy decyzyjne i kontrolę impulsów. Terapia oparta na mindfulness (MBCT) jest szczególnie skuteczna w profilaktyce nawrotów depresji, ponieważ pomaga pacjentom lepiej radzić sobie z negatywnymi emocjami oraz redukować poziom stresu. Praktyka mindfulness obejmuje medytację, ćwiczenia oddechowe oraz świadome skupienie uwagi na codziennych czynnościach, co może prowadzić do trwałych zmian w sposobie reagowania na stresujące sytuacje (Holas, 2015).



Rozdział 2. Lęk – charakterystyka psychopatologii

2.1. Zaburzenia lękowe w DSM 5 TR, ICD-10, ICD-11

Zjawisko „depresji lękowej” odnosi się do formy zaburzenia depresyjnego, w której objawy lękowe współwystępują z obniżonym nastrojem, anhedonią oraz innymi charakterystycznymi cechami depresji. Współczesne klasyfikacje diagnostyczne, takie jak DSM-5 i ICD-11, uwzględniają specyficzne podtypy depresji z komponentą lękową, podkreślając, że obecność lęku wpływa na przebieg choroby, stopień jej nasilenia oraz skuteczność stosowanych metod terapeutycznych. Osoby cierpiące na depresję lękową często doświadczają silnego napięcia emocjonalnego, nadmiernej pobudliwości oraz trudności w osiągnięciu stanu relaksu. Lęk występujący w przebiegu depresji ma charakter bardziej uogólniony niż w klasycznych zaburzeniach lękowych i może objawiać się jako ciągłe poczucie zagrożenia, przewlekły niepokój oraz natrętne myśli o negatywnym wydźwięku (Małyszczak, 2013).

Zaburzenia lękowe obejmują szeroki zakres nieprawidłowości w funkcjonowaniu emocjonalnym i poznawczym, które różnią się etiologią, przebiegiem oraz wpływem na codzienne życie jednostki. W klasyfikacji klinicznej wyróżnia się kilka głównych typów tych zaburzeń, obejmujących lęk uogólniony (GAD), zaburzenie paniczne, fobie specyficzne i społeczne oraz zespół stresu pourazowego (PTSD). Każda z tych jednostek charakteryzuje się odmiennym profilem objawów, które mogą prowadzić do znacznego obniżenia jakości życia oraz utrudniać funkcjonowanie społeczne i zawodowe. Wspólnym mianownikiem dla wszystkich tych stanów jest przewlekłe lub napadowe doświadczanie intensywnego lęku, który w wielu przypadkach nie jest adekwatny do rzeczywistego zagrożenia i często prowadzi do unikania określonych sytuacji (Nitka-Siemińska, 2014).

Zaburzenie paniczne jest jednostką kliniczną, w której występują nawracające, intensywne napady lęku, pojawiające się nagle i osiągające maksymalne nasilenie w ciągu kilku minut. Ataki paniki często współwystępują z objawami somatycznymi, takimi jak kołatanie serca, uczucie duszności, zawroty głowy oraz nagłe uderzenia gorąca lub dreszcze. Osoby doświadczające takich epizodów często interpretują je jako objawy poważnej choroby somatycznej, co dodatkowo wzmacnia uczucie niepokoju i prowadzi do poszukiwania pomocy medycznej. Charakterystycznym elementem zaburzenia panicznego jest lęk przed utratą kontroli nad własnym ciałem i psychiką, który sprawia, że osoba unika miejsc i sytuacji, w których wcześniej wystąpił napad paniki. W konsekwencji może dojść do rozwinięcia się



agorafobii, czyli obawy przed znalezieniem się w miejscu, z którego ucieczka lub uzyskanie pomocy mogą być utrudnione (Wojtas i Jakuszkowiak-Wojten, 2010).

Fobie specyficzne i społeczne to kolejne kategorie zaburzeń lękowych, które różnią się charakterem wyzwalających je bodźców. Fobie specyficzne odnoszą się do intensywnego lęku przed określonymi obiektami lub sytuacjami, takimi jak wysokość, zwierzęta, zamknięte przestrzenie czy loty samolotem. Ekspozycja na bodziec fobiczny prowadzi do natychmiastowej reakcji lękowej, która może obejmować zarówno objawy somatyczne, jak i silne unikanie sytuacji związanych z przedmiotem fobii. Fobia społeczna, określana również jako zaburzenie lęku społecznego, dotyczy silnego lęku przed oceną i negatywnym osądem ze strony innych ludzi. Osoby cierpiące na to zaburzenie unikają wystąpień publicznych, interakcji społecznych oraz sytuacji, w których mogą zostać ocenione przez innych, co znacząco ogranicza ich funkcjonowanie w życiu zawodowym i prywatnym (Adamczyk i in., 2018; Potoczek, 2005).

Zespół stresu pourazowego (PTSD) rozwija się w wyniku przeżycia lub bycia świadkiem traumatycznego wydarzenia, które wiązało się z bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia. Objawy tego zaburzenia obejmują nawracające retrospekcje traumatycznych doświadczeń, natrętne myśli, koszmary senne oraz intensywną reakcję lękową na bodźce przypominające o traumie. Charakterystyczne dla PTSD jest także unikanie sytuacji kojarzonych z urazem oraz nadmierne pobudzenie, przejawiające się wzmożoną czujnością, drażliwością i trudnościami ze snem. Zaburzenie to często prowadzi do zaburzeń emocjonalnych, takich jak depresja czy skłonność do izolacji społecznej, a także może wiązać się z nadużywaniem substancji psychoaktywnych jako formy radzenia sobie z objawami (Dąbkowska, 2008).

Zaburzenia lękowe, mimo różnorodności ich przejawów, łączy obecność nadmiernego i nieadekwatnego do sytuacji lęku, który negatywnie wpływa na jakość życia jednostki. Ich podłoże obejmuje zarówno czynniki biologiczne, takie jak dysfunkcje w obrębie układu limbicznego i gospodarki neuroprzebieżnikowej, jak i uwarunkowania psychologiczne oraz społeczne. Skuteczne leczenie wymaga podejścia interdyscyplinarnego, łączącego interwencje farmakologiczne, terapię poznawczo-behawioralną oraz metody wspierające regulację emocjonalną. Wczesna diagnostyka oraz odpowiednie strategie terapeutyczne mogą znacząco poprawić funkcjonowanie osób dotkniętych tymi zaburzeniami, umożliwiając im powrót do normalnego życia i ograniczając negatywne konsekwencje przewlekłego lęku (Głaza, 2018).



2.2. Definicja i typologia lęku

Lęk stanowi jedno z podstawowych doświadczeń psychicznych człowieka i pełni istotną funkcję w przystosowaniu do warunków otoczenia. Jego biologiczne podłoże ukształtowało się w procesie ewolucji jako mechanizm obronny, umożliwiający szybkie reagowanie na zagrożenia. W przeciwieństwie do strachu, który wynika z konkretnego, bezpośredniego bodźca, lęk odnosi się do przewidywanych lub nieokreślonych zagrożeń, często o charakterze irracjonalnym. Strach jest reakcją doraźną i związany jest z aktywacją układu współczulnego, mobilizującą organizm do działania. Lęk natomiast ma bardziej przewlekły charakter i może prowadzić do nadmiernej czujności oraz przewlekłego napięcia, które negatywnie wpływa na funkcjonowanie psychiczne i fizjologiczne organizmu (Błaszczyk, 2022).

Biologiczne mechanizmy związane z odczuwaniem lęku obejmują szereg struktur mózgowych odpowiedzialnych za percepcję i przetwarzanie informacji o potencjalnym zagrożeniu. Pierwszoplanową rolę w tym procesie odgrywa ciało migdałowe, które stanowi główny ośrodek odpowiedzialny za ocenę bodźców pod kątem ich emocjonalnego znaczenia. W sytuacjach zagrożenia inicjuje ono odpowiedź stresową poprzez aktywację osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, prowadzącą do wydzielania kortyzolu i innych hormonów stresu. Współpraca ciała migdałowego z hipokampem pozwala na powiązanie emocji z wcześniejszymi doświadczeniami, co wpływa na kształtowanie się reakcji lękowych. Długotrwała aktywacja tych struktur może skutkować nadmiernym pobudzeniem układu limbicznego, co sprzyja utrwalaniu lęku i osłabieniu zdolności do jego regulacji przez korę przedczołową (Mikołajków i Małyszczak, 2022).

Lęk jako emocja adaptacyjna umożliwia jednostce skuteczniejsze przewidywanie zagrożeń i podejmowanie działań prewencyjnych. Przejawia się wzmożoną czujnością, przyspieszoną analizą otoczenia oraz gotowością do podjęcia reakcji obronnej. W umiarkowanym natężeniu przyczynia się do zwiększenia poziomu mobilizacji organizmu, co znajduje zastosowanie w sytuacjach wymagających podwyższonej ostrożności lub szybkiego podejmowania decyzji. Jednakże w przypadku nadmiernego lęku jego adaptacyjna funkcja ulega zaburzeniu, a reakcje stają się nieproporcjonalne do rzeczywistego zagrożenia. W konsekwencji dochodzi do powstawania trudności w codziennym funkcjonowaniu, nasilonego unikania bodźców kojarzonych z lękiem oraz występowania objawów somatycznych, takich jak napięcie mięśniowe, bóle głowy czy zaburzenia snu (Januszewska, 2014).

Patologiczna forma lęku występuje, gdy jego natężenie jest nadmierne, utrzymuje się przez dłuższy czas i nieproporcjonalnie wpływa na codzienne życie jednostki. Tego rodzaju lęk



może mieć charakter uogólniony lub dotyczyć określonych sytuacji, jak w przypadku fobii specyficznych czy lęku społecznego. Z neurobiologicznego punktu widzenia przewlekły lęk wiąże się z zaburzeniami równowagi neurotransmiterów, w szczególności serotoniny, noradrenaliny i kwasu gamma-aminomasłowego (GABA), co przekłada się na obniżoną zdolność do hamowania nieadekwatnych reakcji lękowych. Dysfunkcje w obrębie kory przedczołowej utrudniają racjonalną ocenę zagrożenia, co prowadzi do jego nadmiernej percepcji i podtrzymywania reakcji lękowych mimo braku realnego niebezpieczeństwa. W przypadku długotrwałej aktywacji osi stresowej organizm doświadcza negatywnych skutków nadmiernej produkcji kortyzolu, co sprzyja rozwojowi zaburzeń lękowych oraz depresyjnych (Bremer, 2017).

Ostatecznie różnice między lękiem, a strachem znajdują swoje odzwierciedlenie zarówno na poziomie psychologicznym, jak i neurobiologicznym. Strach jest związany z reakcją natychmiastową na zagrożenie i angażuje mechanizmy odpowiedzialne za mobilizację organizmu do walki lub ucieczki. Lęk natomiast dotyczy przewidywania zagrożeń i często opiera się na procesach poznawczych, które mogą prowadzić do utrwalania irracjonalnych przekonań o potencjalnym niebezpieczeństwie (Kamiński, 2014). Choć w odpowiednich warunkach lęk przyczynia się do zwiększenia bezpieczeństwa i podejmowania działań zapobiegawczych, jego nadmierne nasilenie prowadzi do zaburzeń emocjonalnych i pogorszenia jakości życia. Regulacja procesów lękowych zależy od prawidłowej współpracy układów neurobiologicznych, a ich dysfunkcja sprzyja rozwojowi patologicznych postaci lęku wymagających interwencji terapeutycznej (Daniel-Watanabe i Fletcher, 2021).

Lęk jako stan i cecha osobowości odnosi się do dwóch odmiennych, choć powiązanych aspektów funkcjonowania emocjonalnego jednostki. Koncepcja ta została szczegółowo opisana w teorii Spielberga, według której lęk może przybierać formę przejściowej reakcji na sytuację stresową lub stanowić względnie trwałą tendencję do odczuwania niepokoju. Lęk jako stan (state anxiety) występuje w określonych okolicznościach i wiąże się z czasowym wzrostem napięcia emocjonalnego w odpowiedzi na konkretne wydarzenie. Może pojawić się w wyniku egzaminu, rozmowy kwalifikacyjnej lub sytuacji wymagającej publicznych wystąpień, a jego intensywność zmniejsza się po ustąpieniu bodźca wywołującego napięcie. Natomiast lęk jako cecha (trait anxiety) odnosi się do indywidualnej predyspozycji do odczuwania lęku w różnych sytuacjach życiowych, niezależnie od ich obiektywnego poziomu zagrożenia. Osoby o wysokim poziomie lęku jako cechy mają skłonność do interpretowania wielu neutralnych zdarzeń jako potencjalnie niebezpiecznych, co może prowadzić do chronicznego poczucia zagrożenia (Mielimaka i in., 2017).



Lęk sytuacyjny charakteryzuje się krótkotrwałym pobudzeniem układu nerwowego, które przygotowuje organizm do reakcji na potencjalne zagrożenie. W tym kontekście mechanizmy fizjologiczne obejmują wzrost poziomu adrenaliny i noradrenaliny, przyspieszenie akcji serca oraz zwiększenie koncentracji uwagi na bodźcach związanych z niebezpieczeństwem. Tego rodzaju lęk ma adaptacyjne znaczenie, ponieważ pozwala na zwiększenie czujności i mobilizację zasobów organizmu do skutecznego działania. W wielu przypadkach lęk sytuacyjny pełni funkcję motywacyjną, pobudzając jednostkę do lepszego przygotowania się do wyzwań oraz podejmowania decyzji sprzyjających uniknięciu potencjalnych strat. Wraz z ustąpieniem bodźca stresogennego reakcja organizmu normalizuje się, a napięcie emocjonalne ulega redukcji. W przeciwieństwie do lęku chronicznego, który może przyczyniać się do rozwoju zaburzeń emocjonalnych, krótkotrwałe doświadczenia lękowe pozwalają na skuteczniejsze radzenie sobie z trudnościami i sprzyjają przystosowaniu do dynamicznie zmieniającego się środowiska (Ghods i in., 2017).

Lęk chroniczny charakteryzuje się utrzymującym się stanem napięcia emocjonalnego, który nie jest bezpośrednio związany z konkretnym zagrożeniem. Osoby o wysokim poziomie lęku jako cechy często doświadczają niepokoju w sytuacjach neutralnych lub nawet pozytywnych, co wpływa na ich codzienne funkcjonowanie. Mechanizmy psychologiczne związane z chronicznym lękiem obejmują tendencję do katastrofizacji, selektywne skupianie uwagi na negatywnych aspektach rzeczywistości oraz trudności w regulacji emocji. W dłuższej perspektywie taki wzorzec funkcjonowania może prowadzić do przeciążenia układu nerwowego, osłabienia odporności psychicznej oraz większej podatności na rozwój zaburzeń lękowych i depresyjnych. Wpływ chronicznego lęku na funkcjonowanie społeczne i zawodowe przejawia się w unikaniu sytuacji wymagających ekspozycji na stres, co ogranicza możliwości samorozwoju i prowadzi do zawężenia doświadczeń życiowych (Citkowska-Kisielewska i in., 2019).

Lęk, zarówno jako stan, jak i cecha, odgrywa istotną rolę w procesie przystosowania do środowiska oraz rozwoju osobistego. W umiarkowanym natężeniu sprzyja refleksyjności, ostrożności i podejmowaniu świadomych decyzji, co może zwiększać zdolność do radzenia sobie z wyzwaniami. Lęk mobilizuje jednostkę do analizy zagrożeń i podejmowania działań zapobiegawczych, co może mieć pozytywne znaczenie w kontekście budowania strategii adaptacyjnych. Z drugiej strony nadmierny poziom lęku ogranicza zdolność do podejmowania ryzyka, co może negatywnie wpływać na rozwój zawodowy, relacje społeczne oraz samorealizację. Właściwa regulacja procesów lękowych, zarówno w kontekście sytuacyjnym,



jak i długoterminowym, stanowi istotny element kształtowania zdrowia psychicznego oraz optymalnego funkcjonowania jednostki w społeczeństwie (Wójtowicz, 2005).

Lęk uogólniony (GAD) charakteryzuje się długotrwałym, nadmiernym i trudnym do kontrolowania zamartwianiem się, które obejmuje szeroki zakres aspektów życia codziennego. Osoby z tym zaburzeniem doświadczają przewlekłego napięcia, uczucia niepokoju oraz trudności w radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami. Objawy somatyczne, takie jak przewlekłe zmęczenie, napięcie mięśniowe, bóle głowy oraz trudności z koncentracją, dodatkowo nasilają dyskomfort psychiczny. Lęk w tym przypadku nie jest związany z konkretną sytuacją, lecz ma charakter wszechogarniający i dotyczy różnych obszarów życia, takich jak zdrowie, sytuacja finansowa czy relacje interpersonalne. W przeciwieństwie do epizodycznych stanów lękowych, GAD wykazuje tendencję do przewlekłego przebiegu, a jego objawy mogą utrzymywać się latami, negatywnie wpływając na codzienne funkcjonowanie (Stasiuk i in., 2014).

Společno-kulturowe uwarunkowania lęku u mężczyzn wpływają zarówno na sposób jego doświadczania, jak i na sposób, w jaki jest wyrażany oraz diagnozowany. W wielu społeczeństwach dominuje przekonanie, że mężczyźni powinni wykazywać się odpornością emocjonalną, samokontrolą i niezachwianą pewnością siebie, co utrudnia im swobodne wyrażanie emocji, zwłaszcza tych związanych z lękiem. Normy społeczne nakazujące powściągliwość w okazywaniu słabości skutkują tłumieniem emocji i ograniczaniem proaktywnego poszukiwania pomocy psychologicznej. W konsekwencji lęk u mężczyzn często manifestuje się poprzez objawy somatyczne, takie jak bóle głowy, zaburzenia trawienne czy chroniczne zmęczenie, które bywają interpretowane jako dolegliwości fizyczne, a nie psychiczne. Tego rodzaju maskowanie objawów wpływa na opóźnioną diagnozę zaburzeń lękowych oraz utrudnia wdrożenie skutecznego leczenia (Zentner i in., 2022).

Koncepcja „męskiej maski” odnosi się do społecznie narzuconego wzorca męskości, który wymaga od mężczyzn ukrywania lęku i wszelkich przejawów emocjonalnej wrażliwości. Oczekiwania te wynikają z historycznych i kulturowych uwarunkowań, w których męskość była utożsamiana z siłą, niezależnością i odpornością na trudności. Skutkiem takiego modelu wychowania jest tendencja do unikania otwartych rozmów o problemach emocjonalnych oraz wybierania destrukcyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak nadużywanie alkoholu, podejmowanie ryzykownych zachowań czy agresja. Wzorzec ten nie tylko utrudnia diagnozowanie zaburzeń lękowych, ale także przyczynia się do ich chronicznego przebiegu, gdyż brak otwartości na pomoc psychologiczną prowadzi do ich nasilania się i przechodzenia w bardziej złożone formy zaburzeń psychicznych (Czapliński i Tomaszewska, 2024).



Jednym z psychologicznych mechanizmów tłumienia emocji, który często dotyczy mężczyzn, jest aleksytymia. Jest to cecha osobowościowa charakteryzująca się trudnościami w identyfikacji, wyrażaniu i regulowaniu stanów emocjonalnych. Osoby z wysokim poziomem aleksytymii często nie są w stanie nazwać swoich uczuć, co utrudnia im zarówno introspekcję, jak i komunikację emocjonalną z innymi ludźmi. W kontekście lęku prowadzi to do jego nieświadomej internalizacji i kompensacyjnego przejawiania się w postaci objawów somatycznych lub zachowań unikowych. Mężczyźni z cechami aleksytymicznymi rzadziej zgłaszają dolegliwości związane z lękiem, co sprawia, że ich problemy psychiczne są diagnozowane później lub w ogóle pozostają nierozpoznane (Jankowska, 2020).

W społeczeństwach, gdzie tradycyjne wzorce męskości dominują w przekazach kulturowych, ekspresja lęku przez mężczyzn bywa traktowana jako oznaka słabości. W efekcie wielu z nich unika podejmowania działań mających na celu poprawę swojego stanu psychicznego, co zwiększa ryzyko przewlekłego stresu oraz rozwinięcia zaburzeń psychosomatycznych. Współczesne podejście do zdrowia psychicznego kładzie coraz większy nacisk na konieczność zmiany społecznych przekonań dotyczących męskości oraz promocję otwartości w kwestiach emocjonalnych. Edukacja w zakresie zdrowia psychicznego, zmiana narracji medialnej oraz większa dostępność specjalistycznej pomocy dla mężczyzn mogą przyczynić się do ograniczenia barier w poszukiwaniu wsparcia. Kultura, która pozwala na swobodniejsze wyrażanie emocji bez obawy przed stygmatyzacją, sprzyja skuteczniejszemu radzeniu sobie z lękiem i jego konsekwencjami w codziennym funkcjonowaniu (Bocharova i Smółka, 2021).

2.3. Współwystępowanie depresji i lęku

Depresja i lęk to dwa odrębne, choć często współwystępujące zaburzenia psychiczne, które wpływają na funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze oraz behawioralne jednostki. W wielu przypadkach objawy tych stanów nakładają się, co może utrudniać ich prawidłową diagnozę. Do najczęściej obserwowanych podobieństw należy anhedonia, czyli utrata zdolności do odczuwania przyjemności, prowadząca do ograniczenia aktywności i wycofania się z życia społecznego. U osób cierpiących na depresję i zaburzenia lękowe pojawiają się także trudności ze snem, które mogą przyjmować formę bezsenności lub nadmiernej senności. Zarówno w depresji, jak i w lęku obserwuje się również tendencję do unikania sytuacji, które wywołują dyskomfort emocjonalny, co prowadzi do stopniowego zawężania aktywności i pogłębiania izolacji społecznej (Potoczek, 2005).



Mimo występowania objawów wspólnych, depresja i lęk różnią się pod względem dynamiki emocjonalnej i charakteru doświadczanych stanów psychicznych. Depresja wiąże się z dominacją uczuć przygnębienia, poczucia pustki oraz beznadziejności, podczas gdy lęk koncentruje się na nadmiernym napięciu i przewidywaniu potencjalnych zagrożeń. W depresji emocje ulegają spłaszczeniu, a ich intensywność zostaje wyraźnie osłabiona, co prowadzi do ogólnego zubożenia wobec otoczenia i własnych doświadczeń. Natomiast lęk charakteryzuje się nasilonym pobudzeniem układu nerwowego, zwiększoną czujnością oraz trudnością w osiągnięciu stanu relaksu. W efekcie osoby cierpiące na lęk częściej doświadczają nadmiernej aktywacji psychofizjologicznej, która utrudnia im funkcjonowanie w codziennych sytuacjach (Makara-Studzińska i in., 2024).

Znaczące różnice między depresją a lękiem można także zaobserwować w obszarze motywacji i sposobu podejmowania decyzji. Depresja prowadzi do wyraźnego spadku motywacji, co przejawia się trudnością w inicjowaniu jakichkolwiek działań oraz brakiem energii do wykonywania codziennych obowiązków. W skrajnych przypadkach dochodzi do całkowitej rezygnacji z aktywności życiowych, co może skutkować zaniedbywaniem obowiązków zawodowych i społecznych. Natomiast w lęku motywacja często ulega paradoksalnemu nasileniu, ale ukierunkowana jest na unikanie potencjalnie stresujących sytuacji. Osoby doświadczające lęku podejmują działania głównie w celu uniknięcia zagrożenia, co prowadzi do powtarzających się schematów unikania i utrwalania obaw (Koryńska, 2022).

Treść myśli w depresji i lęku również wykazuje istotne różnice. W depresji dominują przekonania o własnej bezwartościowości, poczucie winy oraz negatywna ocena przeszłości i teraźniejszości. Myśli często koncentrują się wokół tematów związanych z porażką, brakiem sensu życia oraz utratą nadziei na poprawę sytuacji. W wielu przypadkach pojawiają się myśli samobójcze, które stanowią jeden z najbardziej niebezpiecznych aspektów depresji. W lęku natomiast myśli mają charakter przyszłościowy i dotyczą przewidywania potencjalnych zagrożeń. Osoby z zaburzeniami lękowymi wykazują skłonność do katastrofizacji, czyli wyobrażania sobie najgorszych możliwych scenariuszy, nawet jeśli są one mało prawdopodobne. W przeciwieństwie do depresji, w której dominuje poczucie rezygnacji, lęk wiąże się z nieustanną analizą możliwych zagrożeń oraz niemożnością osiągnięcia wewnętrznego spokoju (Tiller, 2013).

Podobieństwa i różnice między depresją a lękiem sprawiają, że często współwystępują one u jednej osoby, tworząc bardziej złożony obraz kliniczny. W takich przypadkach objawy depresyjne i lękowe wzajemnie się wzmacniają, prowadząc do poważniejszych trudności w



funkcjonowaniu. Lęk może nasilać negatywne myślenie charakterystyczne dla depresji, podczas gdy depresyjna apatia może uniemożliwiać podejmowanie działań mających na celu redukcję lęku. Właściwe rozróżnienie tych dwóch stanów emocjonalnych jest istotne dla skutecznego doboru metod terapeutycznych, ponieważ interwencje stosowane w leczeniu depresji i zaburzeń lękowych wymagają odmiennego podejścia (Patejuk-Mazurek, 2017).

Depresja z silnym lękiem charakteryzuje się zwiększoną podatnością na drażliwość, wewnętrzny niepokój oraz nadmierną wrażliwość na bodźce stresowe. Osoby doświadczające tego typu zaburzenia często zgłaszają problemy ze snem, objawiające się zarówno trudnościami w zasypianiu, jak i częstym wybudzaniem się w nocy. Lęk w tym kontekście nie ogranicza się wyłącznie do reakcji emocjonalnych, ale manifestuje się również w postaci objawów somatycznych, takich jak napięcie mięśniowe, bóle w obrębie układu pokarmowego czy przyspieszone bicie serca. Utrzymujące się pobudzenie układu nerwowego prowadzi do przewlekłego zmęczenia, które w połączeniu z anhedonią i poczuciem bezradności znacząco osłabia zdolność jednostki do codziennego funkcjonowania. W porównaniu do klasycznej depresji epizody depresyjne z dominującą komponentą lękową charakteryzują się większym ryzykiem samouszkodzeń oraz trudnościami w skutecznym zastosowaniu terapii farmakologicznej (Pawelczyk, Kołakowski i in., 2010).

Lęk może również pojawiać się jako prodromalny objaw depresji, poprzedzając wystąpienie jej pełnoobjawowego epizodu. W wielu przypadkach przewlekłe poczucie niepokoju oraz utrzymujący się stan napięcia stanowią wczesne sygnały rozwijającego się zaburzenia depresyjnego. Osoby z wysokim poziomem lęku często wykazują tendencję do nadmiernej analizy negatywnych wydarzeń, co prowadzi do utrwalenia pesymistycznego wzorca myślenia oraz poczucia beznadziejności. Stopniowe nasilenie objawów lękowych, zwłaszcza w połączeniu z problemami ze snem i wyczerpaniem psychicznym, może sprzyjać przejściu lęku w pełnoobjawową depresję. W takich przypadkach leczenie skoncentrowane wyłącznie na redukcji lęku może być niewystarczające, ponieważ podłoże problemu sięga głębszych mechanizmów związanych z depresyjną dezorganizacją funkcji poznawczych i emocjonalnych (Samochowicz i in., 2021).

Mechanizmy konwersji lęku w depresję obejmują zarówno czynniki neurobiologiczne, jak i psychologiczne. Przewlekła aktywacja osi podwzgórze–przysadka–nadnercza prowadzi do nadmiernej produkcji kortyzolu, co osłabia funkcjonowanie hipokampa oraz zaburza procesy regulacji emocjonalnej. W dłuższej perspektywie dochodzi do stopniowego wyczerpania zasobów organizmu, co objawia się spadkiem poziomu motywacji, zmniejszoną zdolnością do odczuwania pozytywnych emocji oraz trudnościami w podejmowaniu działań



adaptacyjnych. Na poziomie psychologicznym przewlekły lęk może prowadzić do wyuczonej bezradności, czyli przekonania o braku kontroli nad własnym życiem i niemożności zmiany sytuacji. Tego rodzaju myślenie, charakterystyczne dla depresji, powoduje, że jednostka przestaje podejmować próby radzenia sobie z trudnościami, co prowadzi do dalszego pogłębiania się zaburzenia (Marwood i in., 2018).

Zrozumienie relacji między lękiem a depresją ma istotne znaczenie dla diagnozy oraz terapii tych zaburzeń. Depresja lękowa wymaga zintegrowanego podejścia terapeutycznego, które uwzględnia zarówno metody redukcji napięcia emocjonalnego, jak i interwencje ukierunkowane na poprawę nastroju. W wielu przypadkach konieczne jest połączenie farmakoterapii z technikami poznawczo-behawioralnymi, które pomagają w restrukturyzacji myśli oraz budowaniu skuteczniejszych strategii radzenia sobie ze stresem. Właściwie dobrane metody leczenia mogą ograniczyć ryzyko nawrotów oraz poprawić jakość życia osób z depresją o nasilonym komponente lękowym (Inci i Inci, 2020).

Współistnienie depresji i lęku prowadzi do licznych trudności diagnostycznych, ponieważ objawy tych zaburzeń nakładają się na siebie, co utrudnia ich jednoznaczne rozróżnienie. Osoby cierpiące na oba zaburzenia często zgłaszają zarówno przygnębienie i brak energii, jak i przewlekły niepokój, nadmierne pobudzenie oraz problemy ze snem. Niejasny obraz kliniczny sprawia, że pacjenci bywają diagnozowani jedynie pod kątem jednego z zaburzeń, co ogranicza skuteczność stosowanych metod terapeutycznych. Depresja lękowa może również prowadzić do opóźnień w podjęciu leczenia, ponieważ osoby z dominującym komponentem lękowym często obawiają się interwencji farmakologicznej i unikają wizyt u specjalistów. W konsekwencji brak adekwatnej terapii przyczynia się do pogłębienia objawów i większego ryzyka chronicznego przebiegu zaburzeń (Jaeschke i in., 2010).

Przebieg leczenia depresji i lęku w przypadku ich współwystępowania wymaga uwzględnienia różnic w mechanizmach leżących u podstaw obu zaburzeń. Farmakoterapia stosowana w depresji koncentruje się na regulacji poziomu serotoniny i noradrenaliny, natomiast w leczeniu lęku często stosuje się leki wpływające na układ GABA, które działają uspokajająco i redukują napięcie. W przypadku współistniejących objawów lękowo-depresyjnych wybór odpowiedniego leku jest bardziej skomplikowany, ponieważ niektóre leki przeciwdepresyjne, zwłaszcza z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), mogą początkowo nasilać objawy lękowe. W takich przypadkach konieczne jest stopniowe zwiększanie dawki oraz łączenie farmakoterapii z metodami psychoterapeutycznymi. Terapia poznawczo-behawioralna, skoncentrowana na zmianie wzorców myślenia i redukcji reakcji lękowych, okazuje się skuteczna zarówno w leczeniu



depresji, jak i zaburzeń lękowych, jednak jej efektywność może być ograniczona przez niski poziom motywacji i apatię u osób z depresją (Siwek, 2016).

Jednoczesne występowanie depresji i lęku znacząco obniża jakość życia oraz utrudnia funkcjonowanie w rolach społecznych. Osoby z tymi zaburzeniami często doświadczają trudności w relacjach interpersonalnych, unikają kontaktów społecznych i wycofują się z aktywności zawodowej. Przewlekłe uczucie napięcia w połączeniu z obniżoną energią prowadzi do zmniejszonej efektywności w pracy, problemów z koncentracją oraz częstszych absencji chorobowych. W życiu osobistym mogą pojawiać się konflikty wynikające z ograniczonej zdolności do regulacji emocji oraz trudności w okazywaniu bliskości i wsparcia wobec partnera. W konsekwencji osoby cierpiące na depresję i lęk częściej doświadczają samotności, co dodatkowo pogłębia objawy depresyjne i prowadzi do dalszego wycofania społecznego (Borowicz i Rybka, 2016).

Wysoki poziom lęku oraz obniżony nastrój sprzyjają poszukiwaniu sposobów na doraźną redukcję napięcia, co w wielu przypadkach prowadzi do samoleczenia za pomocą alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Wśród mężczyzn z zaburzeniami lękowo-depresyjnymi szczególnie często obserwuje się tendencję do sięgania po alkohol jako formy radzenia sobie z emocjonalnym napięciem. Spożycie alkoholu może prowadzić do chwilowego złagodzenia objawów lęku i poprawy nastroju, jednak w dłuższej perspektywie sprzyja pogłębieniu depresji, zwiększa podatność na epizody lękowe oraz nasila ryzyko uzależnienia. Nadużywanie substancji psychoaktywnych dodatkowo utrudnia prawidłową diagnostykę i leczenie, ponieważ może maskować objawy zaburzeń oraz wpływać na skuteczność stosowanych leków. Wprowadzenie terapii uzależnień jako elementu leczenia depresji lękowej często okazuje się konieczne, szczególnie w przypadku osób, które przez dłuższy czas stosowały środki psychoaktywne w celu samodzielnego łagodzenia objawów (Osmańska i in., 2010).

Skuteczna terapia depresji z komponentą lękową wymaga interdyscyplinarnego podejścia, które uwzględni zarówno leczenie farmakologiczne, jak i interwencje psychoterapeutyczne oraz strategie behawioralne. Wspieranie pacjentów w zakresie zdrowych metod regulacji emocji, rozwijanie kompetencji społecznych oraz wprowadzanie technik relaksacyjnych mogą znacząco poprawić efektywność leczenia i zmniejszyć ryzyko nawrotów. Edukacja na temat negatywnych skutków samoleczenia oraz promowanie zdrowych sposobów radzenia sobie ze stresem stanowią istotne elementy profilaktyki, szczególnie wśród mężczyzn, dla których dostęp do wsparcia psychologicznego bywa ograniczony przez normy kulturowe i społeczne stereotypy dotyczące męskości. Wczesna interwencja oraz kompleksowe podejście



do terapii mogą zwiększyć szanse na trwałą poprawę funkcjonowania osób dotkniętych tymi współistniejącymi zaburzeniami (Patejuk-Mazurek, 2017).

Współczesne badania nad zaburzeniami nastroju i lękiem coraz częściej wskazują na ich wspólne mechanizmy neurobiologiczne, psychologiczne i genetyczne. Teorie unifikacji zaburzeń nastroju i lękowych koncentrują się na podobieństwach w zakresie objawów, etiologii oraz metod leczenia, sugerując, że depresja i zaburzenia lękowe nie powinny być traktowane jako odrębne jednostki kliniczne, lecz jako spektrum zaburzeń o zbliżonym podłożu. Badania neurobiologiczne wykazują, że w obu przypadkach dochodzi do nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu limbicznego, szczególnie w obrębie ciała migdałowatego, hipokampa oraz kory przedczołowej. Dysregulacja neurotransmiterów, takich jak serotonina, noradrenalina i dopamina, prowadzi do zaburzeń w przetwarzaniu emocji oraz osłabienia mechanizmów adaptacyjnych, co przyczynia się zarówno do obniżonego nastroju, jak i przewlekłego lęku (Małyszczak, 2013).

Jednym z popularnych modeli integrujących depresję i zaburzenia lękowe jest koncepcja podwyższonej reaktywności na stres, według której nadmierna aktywacja osi podwzgórze–przysadka–nadnercza sprzyja rozwojowi obu typów zaburzeń. Przewlekły stres prowadzi do nadprodukcji kortyzolu, który wpływa na funkcjonowanie struktur odpowiedzialnych za regulację emocji oraz podejmowanie decyzji. Zwiększona reaktywność na stresory środowiskowe sprzyja występowaniu objawów lękowych na wczesnym etapie, a w przypadku długotrwałego przeciążenia emocjonalnego może dochodzić do wyczerpania zasobów organizmu i przejścia w stan depresyjny. Model ten tłumaczy, dlaczego osoby z nasilonym lękiem często doświadczają w późniejszym czasie epizodów depresyjnych, a także dlaczego objawy lękowe bywają pierwszym zwiastunem rozwijającej się depresji (Falewicz, 2017).

Innym podejściem unifikującym te zaburzenia jest teoria wspólnego czynnika podatności, zgodnie z którą zarówno depresja, jak i lęk wynikają z uwarunkowań genetycznych oraz wczesnych doświadczeń życiowych. Badania wskazują, że osoby z rodzinną historią depresji i zaburzeń lękowych mają zwiększone ryzyko wystąpienia obu tych stanów, co sugeruje istnienie wspólnych predyspozycji biologicznych. Wpływ środowiska, w tym wychowanie w atmosferze chronicznego stresu, nadmierna krytyka w dzieciństwie lub brak poczucia bezpieczeństwa, kształtuje podatność jednostki na negatywne wzorce myślenia i trudności w regulacji emocjonalnej. Teoria ta wyjaśnia, dlaczego u wielu pacjentów objawy depresji i lęku współistnieją, a ich przebieg kliniczny jest często wzajemnie powiązany (Alshaya, 2022).



Współczesne modele poznawcze sugerują, że depresja i lęk wynikają z podobnych schematów myślowych oraz błędnych procesów przetwarzania informacji. W obu przypadkach dochodzi do utrwalenia negatywnej interpretacji rzeczywistości, nadmiernego koncentrowania się na zagrożeniach oraz selektywnego przetwarzania informacji w sposób potwierdzający negatywne przekonania jednostki. W zaburzeniach lękowych uwaga kierowana jest przede wszystkim na przyszłe zagrożenia i przewidywanie negatywnych wydarzeń, natomiast w depresji przeważają myśli dotyczące przeszłych porażek i braku nadziei na poprawę sytuacji. Oba wzorce prowadzą do osłabienia zdolności adaptacyjnych i nasilają trudności w podejmowaniu działań zmierzających do rozwiązania problemów (Surowiec, 2020).

Teorie unifikacji zaburzeń nastroju i lęku znajdują odzwierciedlenie w praktyce klinicznej, co przejawia się stosowaniem podobnych metod leczenia obu tych stanów. Zarówno w depresji, jak i w zaburzeniach lękowych skuteczne okazują się terapie farmakologiczne, zwłaszcza stosowanie inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) oraz noradrenaliny (SNRI), które regulują funkcjonowanie neuroprzekazników odpowiedzialnych za kontrolę emocji. Również podejścia psychoterapeutyczne, takie jak terapia poznawczo-behawioralna, terapia schematów czy terapia akceptacji i zaangażowania, wykazują skuteczność w leczeniu obu typów zaburzeń, ponieważ koncentrują się na restrukturyzacji negatywnych wzorców myślenia oraz rozwijaniu zdrowszych strategii radzenia sobie z emocjami. Integracyjne podejście do diagnozy i terapii zaburzeń lękowo-depresyjnych pozwala na bardziej kompleksowe rozumienie tych stanów oraz skuteczniejsze dopasowanie metod terapeutycznych do indywidualnych potrzeb pacjenta (Moroń, 2017).

2.4. Pojęcie lęku w literaturze przedmiotu

Pojęcie lęku w historii myśli psychologicznej i filozoficznej było interpretowane na różne sposoby, w zależności od kontekstu teoretycznego oraz podejścia badawczego. W klasycznej psychoanalizie Z. Freuda lęk został powiązany z konfliktami wewnętrznymi oraz mechanizmami obronnymi jednostki. Freud wyróżnił lęk obiektywny, związany z realnym zagrożeniem oraz lęk neurotyczny, wynikający z tłumionych impulsów id, które w zetknięciu z surowymi wymaganiami superego prowadzą do silnego napięcia psychicznego. Lęk neurotyczny według tej koncepcji wynika z wewnętrznej walki między pragnieniami a społecznymi i moralnymi ograniczeniami, co skutkuje pojawieniem się objawów nerwicowych. Psychoanalityczne podejście do lęku zakładało również, że mechanizmy obronne, takie jak represja, sublimacja czy przemieszczenie, stanowią sposób radzenia sobie z



nieuświadomionymi konfliktami, lecz w dłuższej perspektywie mogą prowadzić do jego patologicznego utrwalenia (Czernianin i Czernianin, 2017).

W nurcie egzystencjalnym lęk został przedstawiony jako nieodłączny element ludzkiej egzystencji, wynikający z fundamentalnej świadomości ograniczoności życia, wolności i odpowiedzialności za własne wybory. E. Fromm interpretował lęk jako konsekwencję utraty poczucia bezpieczeństwa oraz alienacji w społeczeństwie, które narzuca jednostce normy sprzeczne z jej autentycznymi pragnieniami (Fromm, 2006). Z kolei C. Jung wskazywał na istnienie lęku archetypowego, wywodzącego się z kolektywnej nieświadomości i manifestującego się w postaci symboli oraz mitów obecnych w różnych kulturach (Olchanowski, 2017). Egzystencjalna perspektywa została rozwinięta przez S. Kierkegaarda, który postrzegał lęk jako stan wynikający z doświadczenia wolności i konieczności dokonania wyboru (Krawerenda-Wajda, 2023). M. Heidegger traktował lęk jako zjawisko ontologiczne, ujawniające ludzką egzystencję w jej najczystszej postaci, gdy jednostka staje w obliczu własnej skończoności (Benisz, 2013). Natomiast I. Yalom zwracał uwagę na lęk przed śmiercią jako podstawowe źródło egzystencjalnego niepokoju, który wpływa na ludzkie postawy, motywacje oraz mechanizmy radzenia sobie z rzeczywistością (Kondrat, 2015).

W nurcie behawioralnym lęk został zdefiniowany jako reakcja warunkowa, powstająca na skutek powiązania neutralnego bodźca z negatywnym doświadczeniem. Badania I. Pawłowa nad warunkowaniem klasycznym wykazały, że organizm może uczyć się reagowania lękiem na bodźce, które pierwotnie nie budziły negatywnych emocji (Wójcicka, 2022). J. Watson, rozwijając tę koncepcję, przeprowadził eksperyment na małym Albercie, dowodząc, że strach może być wyuczony poprzez skojarzenie neutralnego bodźca z bodźcem awersyjnym (Bortacka, 2021). Teoria warunkowania strachu została rozwinięta przez Orwała Mowrera, który wyróżnił mechanizm warunkowania dwuczynnikowego, łączący warunkowanie klasyczne z operacyjnym. Według tej teorii lęk powstaje w wyniku skojarzenia bodźca z nieprzyjemnym doświadczeniem, a następnie utrwała się poprzez unikanie sytuacji lękotwórczych, co w konsekwencji wzmacnia jego występowanie. Podejście behawioralne odegrało istotną rolę w rozwoju terapii ekspozycyjnych oraz technik mających na celu wygaszanie reakcji lękowych poprzez systematyczną desensytyzację i przeciwwarunkowanie (Sabater, 2021).

Historyczne koncepcje lęku pokazują, jak różne nurty psychologiczne i filozoficzne interpretowały to zjawisko, uwzględniając zarówno aspekty wewnętrznych konfliktów psychicznych, jak i mechanizmy adaptacyjne wynikające z uczenia się. Psychoanaliza koncentrowała się na wewnętrznych napięciach między instynktami a normami społecznymi,



podczas gdy podejście behawioralne podkreślało rolę warunkowania i wpływu środowiska na kształtowanie reakcji lękowych. Egzystencjalne ujęcia lęku wskazywały na jego związek z niepewnością, wolnością wyboru oraz świadomością własnej skończoności. Współczesne podejście integruje elementy tych teorii, wskazując na wielowymiarowy charakter lęku oraz konieczność uwzględnienia zarówno biologicznych, jak i psychologicznych uwarunkowań w jego diagnozie i terapii. Badania neurobiologiczne wykazują, że lęk ma swoje podłoże w funkcjonowaniu układu nerwowego, jednak jego intensywność i przebieg są modulowane przez doświadczenia jednostki oraz schematy poznawcze. Z tego względu skuteczne strategie terapeutyczne obejmują zarówno metody farmakologiczne, jak i techniki psychoterapeutyczne, które uwzględniają indywidualne wzorce reagowania na lęk (Szatan, 2012).

Współczesne podejścia do lęku uwzględniają zarówno perspektywę poznawczo-behawioralną, jak i neurobiologiczną, co pozwala na lepsze zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw tego zjawiska oraz skuteczniejsze metody terapeutyczne (Wojtas i Jakuszkowiak-Wojten, 2010). Teoria poznawczo-behawioralna, rozwijana przez A. Becka i A. Ellisa, koncentruje się na zniekształceniach poznawczych, które wpływają na interpretację rzeczywistości i podtrzymują reakcje lękowe. Beck wskazywał, że lęk wynika z negatywnych schematów myślowych, w których jednostka nieustannie przewiduje zagrożenia i katastrofalne konsekwencje. Ellis, w ramach racjonalno-emotywniej terapii behawioralnej, podkreślał, że irracjonalne przekonania, takie jak konieczność bycia doskonałym lub unikania wszelkiego rodzaju porażek, prowadzą do chronicznego napięcia i lęku. Oba podejścia znalazły zastosowanie w terapii poznawczo-behawioralnej, której celem jest modyfikacja błędnych wzorców myślenia i zastąpienie ich bardziej adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie z lękiem (Kleszczewska-Albińska, 2022).

Jednym z rozwinięć teorii poznawczo-behawioralnej jest model lęku społecznego opracowany przez Clarka i Wellsa. Model ten zakłada, że osoby z lękiem społecznym nieustannie monitorują własne zachowanie oraz sposób, w jaki są postrzegane przez innych, co prowadzi do nadmiernego skupienia na własnych reakcjach oraz negatywnych przekonań na temat własnych kompetencji społecznych. Lęk w tym ujęciu wynika z tendencji do przypisywania innym negatywnych intencji oraz przeceniania prawdopodobieństwa popełnienia błędu w interakcjach społecznych. Mechanizmy unikania oraz samoutrwalające się schematy lękowe sprawiają, że osoby cierpiące na lęk społeczny ograniczają kontakty interpersonalne, co prowadzi do jego dalszego nasilenia. Terapia skoncentrowana na restrukturyzacji poznawczej oraz kontrolowanej ekspozycji na sytuacje społeczne wykazuje wysoką skuteczność w redukcji objawów tego zaburzenia (Pawełczyk i in., 2010).



Modele neurobiologiczne lęku podkreślają znaczenie układu limbicznego, w szczególności ciała migdałowatego, hipokampa i kory przedczołowej, w procesach przetwarzania bodźców lękotwórczych. Ciało migdałowe odpowiada za szybkie wykrywanie potencjalnych zagrożeń i inicjowanie reakcji stresowej, natomiast hipokamp integruje te informacje z wcześniejszymi doświadczeniami, co pozwala na ocenę rzeczywistego poziomu zagrożenia. Dysfunkcje w obrębie tych struktur mogą prowadzić do nadmiernej reaktywności lękowej, nawet w sytuacjach obiektywnie bezpiecznych. Regulacja poziomu lęku zależy także od działania neuroprzekaźników, takich jak serotonina, noradrenalina i kwas gamma-aminomasłowy (GABA), których zaburzenia mogą przyczyniać się do chronicznego napięcia emocjonalnego. Współczesne metody leczenia farmakologicznego, oparte na inhibitorach wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) oraz benzodiazepinach, wpływają na te mechanizmy, redukując nadmierną aktywność układu nerwowego i poprawiając zdolność do kontroli reakcji lękowych (Charney i in., 2000).

Lęk w filozofii współczesnej bywa interpretowany jako fundamentalne doświadczenie egzystencjalne, które wykracza poza biologiczne i poznawcze ujęcia. P. Tillich w swojej koncepcji lęku wyróżniał trzy jego podstawowe formy: lęk przed losem i śmiercią, lęk przed pustką i bezsenssem oraz lęk przed winą i potępieniem. W jego ujęciu lęk nie jest wyłącznie negatywnym doświadczeniem, lecz także czynnikiem skłaniającym jednostkę do poszukiwania sensu i duchowej transcendencji (Wojewoda, 1999). Współczesna filozofia egzystencjalna podkreśla, że lęk wynika z konfrontacji jednostki z własną wolnością, koniecznością podejmowania decyzji oraz niepewnością dotyczącą przyszłości. Heidegger wskazywał, że lęk pozwala na autentyczne doświadczenie bycia, natomiast Sartre podkreślał jego związek z egzystencjalnym absurdem i odpowiedzialnością za własne wybory. W tym kontekście lęk staje się nie tylko stanem psychologicznym, lecz także filozoficznym wyzwaniem, które wymaga od jednostki świadomego zmierzenia się z własnym istnieniem (Benisz, 2013; Błaszczuk, 2019).

Współczesne podejścia do lęku obejmują zarówno ujęcia psychologiczne, neurobiologiczne, jak i filozoficzne, co pozwala na bardziej kompleksowe rozumienie tego zjawiska. Modele poznawczo-behawioralne koncentrują się na mechanizmach myślenia i ich wpływie na regulację emocji, podkreślając rolę zniekształceń poznawczych oraz wyuczonych schematów reakcji lękowych. Neurobiologia analizuje procesy zachodzące w mózgu, wskazując na znaczenie układu limbicznego, neurotransmiterów oraz interakcji między strukturami odpowiedzialnymi za percepcję zagrożenia i kontrolę emocji. Filozoficzne interpretacje lęku podkreślają jego fundamentalne znaczenie w kształtowaniu ludzkiej egzystencji oraz poszukiwaniu sensu, wskazując, że doświadczenie lęku jest nieodłącznym



elementem świadomego istnienia. Współczesna psychologia coraz częściej integruje te różne perspektywy, uznając, że lęk jest wynikiem zarówno biologicznych mechanizmów, jak i indywidualnych doświadczeń oraz społecznych uwarunkowań. Takie podejście pozwala na wieloaspektową diagnozę i terapię, łącząc farmakoterapię, techniki psychoterapeutyczne oraz filozoficzne refleksje nad naturą ludzkiego niepokoju (Su, 2023).

Lęk we współczesnej literaturze psychologicznej i kulturowej coraz częściej analizowany jest w kontekście zmian społecznych wynikających z globalizacji, rozwoju technologii oraz wzrostu znaczenia mediów cyfrowych. Współczesne społeczeństwa funkcjonują w warunkach dynamicznych przemian, które wymagają od jednostek nieustannej adaptacji do nowych realiów ekonomicznych, zawodowych i społecznych. Proces globalizacji przyczynia się do wzrostu konkurencyjności na rynku pracy, zwiększenia tempa życia oraz intensyfikacji bodźców informacyjnych, co może prowadzić do przeciążenia poznawczego i wzrostu napięcia emocjonalnego. Dodatkowo zwiększona mobilność i międzynarodowa współzależność gospodarcza sprawiają, że jednostki są bardziej narażone na niepewność dotyczącą przyszłości, co sprzyja utrwalaniu stanów lękowych. W literaturze naukowej podkreśla się, że nadmierna ekspozycja na informacje o globalnych kryzysach, katastrofach i konfliktach zbrojnych zwiększa poziom stresu i może wpływać na postrzeganie rzeczywistości przez pryzmat zagrożenia (Koczanowicz, 2020).

Technologia cyfrowa i media społecznościowe w istotny sposób modyfikują sposób doświadczania lęku, wpływając na procesy poznawcze, relacje społeczne oraz postrzeganie własnej tożsamości. Sherry Turkle w swoich badaniach nad wpływem technologii na psychikę człowieka zwraca uwagę na zjawisko samotności w erze cyfrowej oraz na mechanizmy związane z kompulsywnym korzystaniem z urządzeń mobilnych. Ciągła obecność w świecie wirtualnym prowadzi do fragmentaryzacji uwagi oraz osłabienia zdolności do refleksji, co sprzyja wzrostowi napięcia psychicznego i obniżeniu odporności na stres. Z kolei Nicholas Carr wskazuje na negatywne konsekwencje nadmiernego korzystania z internetu, podkreślając, że szybkie tempo przyswajania informacji oraz wielozadaniowość osłabiają zdolność do głębokiej analizy i krytycznego myślenia. Współczesna literatura naukowa wskazuje, że media społecznościowe mogą wzmacniać lęk poprzez mechanizmy porównywania się z innymi, lęk przed utratą ważnych informacji (FOMO) oraz presję społeczną związaną z kreowaniem idealnego wizerunku w sieci (Dorcic i in., 2024).

Problem „niespokojnego umysłu” w epoce cyfrowej odnosi się do chronicznego pobudzenia poznawczego, które jest wynikiem nadmiaru bodźców informacyjnych oraz presji na ciągłą aktywność intelektualną. W literaturze psychologicznej i socjologicznej podkreśla się,



że nieustanna potrzeba sprawdzania wiadomości, powiadomień oraz interakcji w mediach społecznościowych prowadzi do przeciążenia sensorycznego i zwiększa poziom lęku. Współczesny użytkownik technologii doświadcza trudności w osiągnięciu stanu wyciszenia oraz odpoczynku psychicznego, co może przyczyniać się do rozwoju zaburzeń lękowych, bezsenności i spadku zdolności do koncentracji. Badacze zwracają uwagę, że wirtualna rzeczywistość kształtuje nowe wzorce radzenia sobie z lękiem, często opierające się na unikaniu realnych interakcji społecznych oraz kompulsywnym poszukiwaniu potwierdzenia własnej wartości w cyfrowym świecie (Smallwood i Schooler, 2013).

Zjawisko lęku w literaturze współczesnej jest analizowane w szerokim kontekście kulturowym i społecznym, obejmującym zarówno wpływ globalnych przemian, jak i technologicznych innowacji. Problematyka ta znajduje odzwierciedlenie w badaniach nad konsekwencjami cyfryzacji, które wskazują na istotne zmiany w strukturze myślenia, funkcjonowaniu emocjonalnym oraz interakcjach społecznych jednostek. Współczesne tendencje wskazują, że zrozumienie mechanizmów lęku w kontekście kulturowym wymaga interdyscyplinarnego podejścia, łączącego psychologię, socjologię oraz filozofię techniki. Analiza tych procesów pozwala na lepsze zrozumienie wpływu nowoczesnych technologii na psychikę człowieka oraz na poszukiwanie strategii przeciwdziałających negatywnym konsekwencjom życia w warunkach nadmiernej stymulacji informacyjnej (Zhang i in., 2021).

2.5. Neurobiologiczne i psychologiczne mechanizmy powstawania lęku

Układ limbiczny odgrywa istotną funkcję w regulacji emocji, w tym w procesach związanych z odczuwaniem i kontrolą lęku. Jego struktury odpowiadają za przetwarzanie bodźców emocjonalnych oraz integrację doświadczeń związanych z reakcjami na zagrożenie. Ciało migdałowe jako jedna z priorytetowych struktur układu limbicznego, uczestniczy w ocenie sygnałów docierających do organizmu i przypisywaniu im wartości emocjonalnej. Aktywacja tej struktury w sytuacjach zagrożenia prowadzi do natychmiastowej reakcji organizmu, obejmującej przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia krwi oraz wydzielanie hormonów stresu. Intensywna aktywność ciała migdałowego może skutkować nadmiernym pobudzeniem emocjonalnym, co obserwuje się w stanach lękowych oraz zaburzeniach stresowych (Charney i in., 2000).

Ciało migdałowe pełni funkcję „detektora zagrożeń”, co oznacza, że w sytuacjach niepewności lub niejednoznacznych bodźców może wywoływać reakcje lękowe, nawet gdy nie istnieje realne niebezpieczeństwo. Współczesne badania neurobiologiczne wykazują, że u osób



z zaburzeniami lękowymi obserwuje się wzmożoną aktywność tej struktury, co prowadzi do nadmiernej reaktywności na bodźce stresowe. W połączeniu z osłabioną zdolnością do regulacji emocji przez inne struktury mózgu, zwłaszcza korę przedczołową, może dochodzić do utrwalania lęku i trudności w jego kontrolowaniu. Procesy zachodzące w ciele migdałowatym są generalnie nadrzędne dla mechanizmu warunkowania strachu, który polega na kojarzeniu neutralnych bodźców z negatywnymi doświadczeniami. Mechanizm ten odgrywa istotną rolę w rozwoju fobii i zespołu stresu pourazowego (PTSD), gdzie bodźce kojarzone z wcześniejszym traumatycznym doświadczeniem wywołują silne reakcje lękowe, nawet jeśli zagrożenie już nie występuje (Panasiuk, 2018).

Regulacja lęku zależy również od kory przedczołowej, która pełni funkcję kontrolną i hamującą w stosunku do nadmiernej aktywności ciała migdałowatego. Ta struktura mózgu jest odpowiedzialna za analizowanie sytuacji, przetwarzanie informacji o zagrożeniu oraz podejmowanie decyzji opartych na racjonalnej ocenie ryzyka. Współpraca kory przedczołowej z ciałem migdałowatym pozwala na elastyczne dostosowanie reakcji emocjonalnych do aktualnych warunków i ograniczenie nadmiernych reakcji lękowych. W sytuacjach przewlekłego stresu lub zaburzeń lękowych funkcjonowanie kory przedczołowej może ulec osłabieniu, co prowadzi do trudności w kontroli impulsów oraz obniżonej zdolności do wyciszenia reakcji lękowych. Badania wykazują, że u osób z zespołem lęku uogólnionego czy zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym obserwuje się zmniejszoną aktywność kory przedczołowej, co utrudnia racjonalizację obaw i prowadzi do wzrostu napięcia emocjonalnego (Zhang i in., 2021).

Interakcja między ciałem migdałowatym, a korą przedczołową jest nadrzędna dla prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego w zakresie regulacji lęku. W warunkach równowagi między tymi strukturami jednostka jest w stanie skutecznie oceniać zagrożenia i odpowiednio dostosowywać reakcje emocjonalne. W sytuacjach, gdy aktywność ciała migdałowatego przewyższa zdolności regulacyjne kory przedczołowej, pojawia się tendencja do nadmiernej reaktywności emocjonalnej i trudności w wyciszeniu lęku. Proces ten znajduje odzwierciedlenie w terapii poznawczo-behawioralnej oraz interwencjach opartych na neuroplastyczności mózgu, które mają na celu wzmocnienie zdolności regulacyjnych kory przedczołowej oraz ograniczenie nadmiernej aktywności ciała migdałowatego. Mechanizmy te są również podstawą skuteczności farmakoterapii, w której stosowanie inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) przyczynia się do stabilizacji procesów nerwowych odpowiedzialnych za kontrolę lęku (Lehner i in., 2009).



Współczesne badania nad układem limbicznym wskazują, że skuteczna regulacja lęku wymaga równowagi między impulsami generowanymi przez ciało migdałowate, a procesami kontrolnymi zachodzącymi w korze przedczołowej. Zaburzenia w funkcjonowaniu tych struktur mogą prowadzić do stanów nadmiernego napięcia emocjonalnego, trudności w adaptacji do stresu oraz przewlekłego lęku, co znacząco obniża jakość życia. Neurobiologiczne podejście do lęku dostarcza cennych informacji na temat mechanizmów leżących u podstaw zaburzeń emocjonalnych i umożliwia opracowanie skuteczniejszych metod terapii, które uwzględniają zarówno interwencje farmakologiczne, jak i psychoterapeutyczne. Rozumienie procesów zachodzących w układzie limbicznym pozwala na bardziej precyzyjne dopasowanie strategii terapeutycznych, co sprzyja skuteczniejszemu radzeniu sobie z objawami lękowymi (Januszewska, 2009).

Mechanizmy neuroprzebieżności odgrywają istotną funkcję w regulacji lęku, wpływając na procesy przetwarzania bodźców stresowych oraz zdolność organizmu do adaptacji w sytuacjach zagrożenia. Równowaga między neuroprzebieżnikami warunkuje prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego, a wszelkie zaburzenia w tym zakresie mogą prowadzić do nadmiernej reaktywności emocjonalnej oraz utrwalania patologicznych wzorców lękowych. Wśród substancji neurochemicznych priorytetowych dla mechanizmów lęku wyróżnia się kwas gamma-aminomasłowy (GABA), serotoninę, kortyzol oraz noradrenalinę. Ich wzajemne oddziaływanie wpływa na poziom pobudzenia organizmu, zdolność do hamowania nadmiernych reakcji emocjonalnych oraz modulację odpowiedzi na bodźce stresowe. Zaburzenia w transmisji tych neuroprzebieżników są obserwowane u osób cierpiących na zaburzenia lękowe, co wskazuje na ich istotne znaczenie w etiologii tych stanów (Panasiuk, 2018).

GABA pełni funkcję głównego neuroprzebieżnika hamującego w ośrodkowym układzie nerwowym, odpowiadając za redukcję pobudliwości neuronów i stabilizację aktywności mózgu. Jego działanie ogranicza nadmierną aktywację ciała migdałowatego, co pozwala na kontrolę reakcji lękowych oraz osiągnięcie stanu wewnętrznego spokoju. Niedobór GABA prowadzi do wzmożonego napięcia, trudności w regulacji emocji oraz zwiększonej podatności na stresory zewnętrzne. W zaburzeniach lękowych obserwuje się obniżony poziom tego neuroprzebieżnika, co skutkuje chronicznym napięciem, nadmierną reaktywnością emocjonalną oraz skłonnością do katastrofizacji myślenia. Leki anksjolityczne, takie jak benzodiazepiny, działają poprzez wzmacnianie aktywności receptorów GABA, co przyczynia się do zmniejszenia objawów lęku i wyciszenia układu nerwowego (Car, 2009).



Serotonina jest neuroprzekaźnikiem o działaniu modulującym, który wpływa na nastrój, zdolność do radzenia sobie ze stresem oraz kontrolę impulsów. Jej niedobór wiąże się z podwyższoną podatnością na lęk, ponieważ obniżona aktywność serotonergiczna prowadzi do nadmiernej reaktywności ciała migdałowatego oraz osłabienia mechanizmów hamujących w korze przedczołowej. Współczesne badania wykazują, że osoby cierpiące na zaburzenia lękowe często wykazują dysfunkcje w zakresie transportu i metabolizmu serotoniny, co wpływa na ich zdolność do regulacji emocjonalnej. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) są jedną z najczęściej stosowanych grup leków w leczeniu lęku i depresji, ponieważ zwiększają dostępność serotoniny w synapsach neuronalnych, co prowadzi do stopniowej poprawy zdolności do kontroli napięcia emocjonalnego (Soroko, 2007).

Kortyzol jako główny hormon stresu, odpowiada za mobilizację organizmu w sytuacjach zagrożenia poprzez aktywację osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA - hypothalamic-pituitary-adrenal axis). Jego krótkotrwałe wydzielanie w reakcji na stres jest mechanizmem adaptacyjnym, jednak przewlekłe podwyższenie poziomu kortyzolu może prowadzić do negatywnych konsekwencji dla układu nerwowego. Długotrwałe działanie tego hormonu osłabia funkcjonowanie hipokampa, co utrudnia wygaszanie reakcji lękowych oraz sprzyja utrwalaniu negatywnych schematów myślenia. Wysoki poziom kortyzolu jest często obserwowany u osób z zaburzeniami lękowymi, co wskazuje na jego znaczenie w podtrzymywaniu przewlekłego napięcia i nadmiernej czujności wobec potencjalnych zagrożeń. Strategie terapeutyczne ukierunkowane na redukcję poziomu kortyzolu obejmują zarówno interwencje farmakologiczne, jak i techniki relaksacyjne oraz trening uważności, które wspierają regulację stresu i przeciwdziałają nadmiernemu pobudzeniu osi HPA (Musiała i in., 2018).

Noradrenalina jako neuroprzekaźnik i hormon stresu, odpowiada za przygotowanie organizmu do reakcji walki lub ucieczki w obliczu zagrożenia. Jej działanie zwiększa poziom czujności, podnosi ciśnienie krwi oraz przyspiesza rytm serca, co pozwala na szybkie reagowanie w sytuacjach wymagających natychmiastowej mobilizacji. W zaburzeniach lękowych obserwuje się nadmierną aktywność układu noradrenergicznego, co prowadzi do utrwalonego stanu pobudzenia oraz nasilonych objawów somatycznych, takich jak drżenie rąk, nadmierne pocenie się czy kołatanie serca. Leki blokujące receptory beta-adrenergiczne są wykorzystywane w terapii lęku sytuacyjnego, ponieważ redukują fizjologiczne objawy pobudzenia, ograniczając jego wpływ na postrzeganie zagrożenia. Badania nad noradrenaliną wskazują, że jej działanie jest ściśle powiązane z funkcjonowaniem innych neuroprzekaźników,



co sugeruje, że skuteczna regulacja lęku wymaga podejścia opartego na kompleksowym modelu neurochemicznym (Ferreira i in., 2018).

Zaburzenia neuroprzekaznictwa w mechanizmach lęku stanowią istotny obszar badań, który pozwala na lepsze zrozumienie etiologii zaburzeń lękowych oraz opracowanie skuteczniejszych metod terapeutycznych. Interakcje między GABA, serotoniną, kortyzolem i noradrenaliną wpływają na zdolność organizmu do radzenia sobie ze stresem oraz na poziom reaktywności emocjonalnej. Współczesne podejście do terapii lęku uwzględnia zarówno farmakologiczne metody regulacji neuroprzekaznictwa, jak i interwencje psychoterapeutyczne, które wspomagają zdolność do modulacji reakcji lękowych poprzez zmiany w procesach poznawczych i behawioralnych. Wzrost świadomości na temat neurobiologicznych podstaw lęku może przyczynić się do opracowania bardziej precyzyjnych metod leczenia, dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjentów (Rybakowski, 2006).

J. LeDoux, badając mechanizmy neurobiologiczne związane ze strachem i lękiem, opracował teorię dwóch ścieżek przetwarzania bodźców lękowych w mózgu: szybkiej i wolnej. Koncepcja ta odnosi się do sposobu, w jaki układ nerwowy reaguje na potencjalne zagrożenie, uwzględniając zarówno automatyczne reakcje obronne, jak i bardziej świadome procesy poznawcze. Struktury odpowiedzialne za te mechanizmy obejmują ciało migdałowe, wzgórze, korę sensoryczną oraz korę przedczołową, które wspólnie uczestniczą w ocenie zagrożenia i wyborze odpowiedniej reakcji organizmu. Zrozumienie tych ścieżek pozwala na lepsze wyjaśnienie różnic między instynktownym strachem a świadomym lękiem, a także dostarcza istotnych informacji dotyczących terapii zaburzeń lękowych (Murawiec i Danel, 2023).

Ścieżka szybka, nazywana również dolną, umożliwia błyskawiczne reagowanie na bodźce potencjalnie zagrażające organizmowi. Informacja sensoryczna dociera do wzgórza, które przekazuje ją bezpośrednio do ciała migdałowego, inicjując natychmiastową reakcję obronną, zanim bodziec zostanie świadomie przeanalizowany. Proces ten pozwala na szybkie uruchomienie mechanizmów obronnych, takich jak przyspieszenie akcji serca, napięcie mięśni czy uwolnienie hormonów stresu, co zwiększa szanse na uniknięcie zagrożenia. Ścieżka szybka działa na zasadzie uproszczonej oceny bodźca, co może prowadzić do fałszywych alarmów, takich jak nagła reakcja na nieszkodliwy bodziec przypominający zagrożenie. Mechanizm ten odgrywa istotną funkcję adaptacyjną, ponieważ pozwala na natychmiastowe działanie w sytuacjach, w których dłuższa analiza mogłaby prowadzić do opóźnienia reakcji i zwiększenia ryzyka (Murawiec i Danel, 2023).



Ścieżka wolna, określana również jako górna, angażuje bardziej zaawansowane procesy poznawcze, umożliwiając dokładniejszą analizę bodźca i dostosowanie reakcji do rzeczywistego zagrożenia. Informacja z wzgórza przekazywana jest do kory sensorycznej, a następnie do kory przedczołowej, gdzie podlega szczegółowej ocenie i interpretacji. Jeśli analiza wykaże, że bodziec nie stanowi zagrożenia, ciało migdałowe otrzymuje sygnał hamujący, co prowadzi do osłabienia reakcji strachu. Proces ten trwa dłużej niż reakcja wywołana przez ścieżkę szybką, jednak pozwala na dokładniejsze odróżnienie realnych zagrożeń od bodźców nieszkodliwych. W warunkach prawidłowego funkcjonowania obu ścieżek organizm jest zdolny do elastycznej regulacji reakcji emocjonalnych, co umożliwia adaptację do zmieniających się okoliczności (Murawiec i Danel, 2023).

Dysfunkcje w obrębie tych mechanizmów mogą prowadzić do zaburzeń lękowych, w których ciało migdałowe pozostaje nadmiernie aktywne, a sygnały hamujące z kory przedczołowej są osłabione. W przypadku fobii czy zespołu stresu pourazowego (PTSD) ścieżka szybka reaguje nadmiernie na bodźce skojarzone z wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami, co powoduje automatyczne uruchamianie reakcji lękowej. Osłabienie zdolności kory przedczołowej do kontrolowania sygnałów ciała migdałowego utrudnia racjonalizację strachu, prowadząc do utrwalenia patologicznych wzorców reakcji emocjonalnych. Terapie poznawczo-behawioralne oraz techniki ekspozycji mają na celu wzmocnienie ścieżki wolnej, co umożliwia pacjentom stopniową *desensytyzację* wobec bodźców lękowych oraz lepszą kontrolę nad automatycznymi reakcjami strachu (Szatan, 2012).

Teoria LeDoux dostarcza cennych informacji dotyczących neurobiologicznych podstaw lęku i strachu, wskazując na znaczenie równowagi między automatycznymi reakcjami obronnymi a świadomą analizą bodźców. Mechanizm dwóch ścieżek pozwala na wyjaśnienie, dlaczego niektóre reakcje lękowe są natychmiastowe i trudne do kontrolowania, podczas gdy inne wymagają przetworzenia na poziomie poznawczym. Współczesne badania nad terapiami zaburzeń lękowych wykorzystują tę wiedzę do opracowywania skuteczniejszych metod regulacji emocji, które opierają się na świadomej kontroli impulsów i stopniowej ekspozycji na bodźce wywołujące strach. Integracja tych procesów w terapii pozwala na poprawę zdolności adaptacyjnych organizmu oraz zmniejszenie wpływu nieadekwatnych reakcji lękowych na codzienne funkcjonowanie jednostki (Przybyła, 2016).

Lęk w ujęciu psychologicznym jest analizowany poprzez różne modele teoretyczne, które wyjaśniają mechanizmy jego powstawania, utrwalania oraz sposoby jego regulacji. Jednym z istotnych modeli opisujących rozwój i podtrzymywanie lęku jest teoria unikania Mowrera, która łączy warunkowanie klasyczne z warunkowaniem instrumentalnym. Zgodnie



z tym podejściem lęk powstaje na skutek skojarzenia neutralnego bodźca z negatywnym doświadczeniem, co prowadzi do automatycznej reakcji strachu w przyszłości. W kolejnym etapie jednostka stosuje unikanie jako strategię redukcji napięcia emocjonalnego, co początkowo przynosi ulgę, lecz w dłuższej perspektywie utrwała zaburzenia lękowe. Mechanizm ten wyjaśnia, dlaczego osoby cierpiące na fobie lub lęk uogólniony często unikają określonych sytuacji, co prowadzi do zawężenia ich aktywności życiowej oraz wzrostu podatności na przyszłe epizody lękowe (Przybyła, 2016).

Unikanie w teorii Mowrera jest wzmacniane na zasadzie warunkowania operacyjnego, ponieważ prowadzi do natychmiastowego obniżenia napięcia, co sprawia, że jednostka z większym prawdopodobieństwem powtórzy tę strategię w przyszłości. Jednak konsekwencją tego mechanizmu jest ograniczenie możliwości naturalnej desensytyzacji wobec bodźców lękotwórczych, co skutkuje nasileniem reakcji lękowych w kolejnych sytuacjach. W terapii behawioralnej techniki ekspozycji są wykorzystywane w celu przerywania tego cyklu poprzez stopniowe przyzwyczajanie organizmu do sytuacji wywołujących lęk. Badania wykazują, że regularna ekspozycja na bodźce lękowe w kontrolowanych warunkach prowadzi do osłabienia reakcji strachu i umożliwia wykształcenie bardziej adaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie z napięciem emocjonalnym. Model Mowrera dostarcza cennych informacji na temat mechanizmów podtrzymujących zaburzenia lękowe, co znajduje zastosowanie w leczeniu fobii, zespołu lęku panicznego oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (Całun-Nadulska, Sikora, 2019).

Regulacja emocji w kontekście lęku została również szeroko omówiona w modelu opracowanym przez J. Grossa, który wyróżnia różne strategie zarządzania emocjami w zależności od momentu ich zastosowania. Model ten dzieli proces regulacji emocji na strategie przedreakcyjne oraz poreakcyjne, które wpływają na sposób, w jaki jednostka interpretuje i przetwarza bodźce emocjonalne. Strategie przedreakcyjne, takie jak selekcja sytuacji, modyfikacja otoczenia oraz kontrola uwagi, koncentrują się na zmianie warunków prowadzących do powstania emocji. W przypadku lęku mogą one obejmować unikanie stresujących sytuacji lub skupianie uwagi na neutralnych aspektach rzeczywistości w celu zmniejszenia napięcia (Soroko, 2007).

Strategie poreakcyjne, które stosowane są po pojawieniu się emocji, obejmują reinterpretację poznawczą oraz tłumienie ekspresji emocjonalnej. Reinterpretacja jako jedna z bardziej adaptacyjnych strategii, polega na zmianie sposobu postrzegania sytuacji w celu osłabienia jej negatywnego wpływu. W przypadku lęku może to oznaczać przeformułowanie myśli katastroficznych na bardziej realistyczne oceny zagrożenia, co umożliwi lepszą kontrolę



nad reakcjami emocjonalnymi. Tłumienie ekspresji emocjonalnej, choć często stosowane w sytuacjach społecznych, może prowadzić do negatywnych konsekwencji, takich jak wzrost napięcia wewnętrznego oraz osłabienie zdolności do skutecznej regulacji lęku. Badania wykazują, że osoby stosujące strategie tłumienia częściej doświadczają przewlekłego lęku oraz trudności w adaptacji do stresujących warunków (Soroko, 2007).

Model Grossa dostarcza istotnych informacji dotyczących skutecznych i nieskutecznych metod zarządzania lękiem, co znajduje zastosowanie w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Interwencje terapeutyczne oparte na tym modelu koncentrują się na rozwijaniu zdolności do reinterpretacji poznawczej oraz świadomego zarządzania emocjami w sposób sprzyjający długoterminowej redukcji lęku. Zrozumienie mechanizmów regulacji emocji pozwala na skuteczniejsze dopasowanie strategii terapeutycznych do indywidualnych potrzeb pacjentów oraz na rozwijanie technik adaptacyjnych, które mogą być stosowane w codziennym funkcjonowaniu. Integracja modeli Mowrera i Grossa pozwala na bardziej kompleksowe podejście do zrozumienia lęku, uwzględniając zarówno mechanizmy jego podtrzymywania, jak i strategie jego modyfikacji (Bartoszak, 2022).

Mechanizmy psychologiczne generowania lęku obejmują zarówno procesy uczenia się, jak i specyficzne wzorce poznawcze, które kształtują sposób interpretacji rzeczywistości. Warunkowanie klasyczne i operacyjne odgrywają istotną funkcję w rozwoju reakcji lękowych, co znalazło potwierdzenie w badaniach nad wyuczonym strachem. Warunkowanie klasyczne, opisane przez I. Pawłowa, polega na skojarzeniu neutralnego bodźca z negatywnym doświadczeniem, co prowadzi do automatycznej reakcji lękowej na ten bodziec w przyszłości. Przykładem takiego mechanizmu jest sytuacja, w której osoba, która doświadczyła silnego lęku w windzie, zaczyna odczuwać napięcie i unikać jej, nawet jeśli nie występuje realne zagrożenie. Warunkowanie operacyjne, opisane przez Skinnera i rozwinięte w modelu unikania Mowrera, wzmacnia te reakcje poprzez nagradzanie unikania bodźców lękotwórczych chwilowym obniżeniem napięcia. Tego rodzaju mechanizm prowadzi do utrwalenia nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie z lękiem, ponieważ jednostka nie ma okazji do zweryfikowania, czy sytuacja rzeczywiście wiąże się z zagrożeniem (Pitting i in., 2018).

Myśli automatyczne oraz katastrofizacja odgrywają istotną rolę w utrwalaniu i nasilaniu lęku, co zostało szeroko opisane w ramach terapii poznawczej A. Becka oraz racjonalno-emotywniej terapii A. Ellisa. Myśli automatyczne to szybkie, niekontrolowane przekonania, które pojawiają się w odpowiedzi na określone sytuacje i determinują sposób interpretacji rzeczywistości. W przypadku osób z tendencją do lęku, myśli te często mają charakter negatywny i wzmacniają poczucie zagrożenia. Katastrofizacja, będąca jednym z częstych



znieszczeń poznawczych, prowadzi do wyolbrzymiania potencjalnych konsekwencji sytuacji stresowych, co zwiększa intensywność reakcji lękowej. Przykładem może być osoba, która przed wystąpieniem publicznym automatycznie zakłada, że popełni błąd, zostanie skompromitowana i negatywnie oceniona przez innych. Tego rodzaju wzorce myślowe nie tylko nasilają lęk, ale także ograniczają zdolność do skutecznej analizy sytuacji oraz podejmowania adaptacyjnych działań (Śliwerski, 2016).

Wczesne doświadczenia życiowe mają istotny wpływ na rozwój podatności na lęk, ponieważ kształtują sposób, w jaki jednostka postrzega siebie, innych oraz otaczający świat. Dzieci wychowywane w środowisku charakteryzującym się nadmierną kontrolą, nieprzewidywalnością lub chronicznym stresem częściej rozwijają wzorce poznawcze sprzyjające lękowi. Teoria przywiązania Johna Bowlby'ego wskazuje, że brak poczucia bezpieczeństwa w relacji z opiekunem może prowadzić do zwiększonej reaktywności na bodźce stresowe w dorosłym życiu. Wczesne doświadczenia traumatyczne, takie jak przemoc, zaniedbanie emocjonalne lub częste sytuacje zagrożenia, mogą prowadzić do utrwalenia mechanizmów nadmiernej czujności oraz unikania, co sprzyja rozwojowi zaburzeń lękowych. Badania neurobiologiczne wykazują, że chroniczny stres w dzieciństwie może prowadzić do nadmiernej aktywności ciała migdałowatego oraz osłabienia funkcji regulacyjnych kory przedczołowej, co utrudnia kontrolowanie reakcji lękowych w dorosłym życiu (Śliwerski, 2016).

Mechanizmy psychologiczne generowania lęku obejmują zarówno procesy warunkowania, jak i schematy poznawcze oraz doświadczenia życiowe, które kształtują zdolność jednostki do radzenia sobie z napięciem emocjonalnym. Wyuczone reakcje lękowe mogą być utrwalane przez unikanie, natomiast negatywne wzorce myślowe prowadzą do błędnej interpretacji sytuacji i wzmacniają poczucie zagrożenia. Wczesne doświadczenia odgrywają istotną funkcję w kształtowaniu podatności na lęk, wpływając na funkcjonowanie zarówno na poziomie poznawczym, jak i neurobiologicznym. Skuteczne strategie terapeutyczne koncentrują się na modyfikacji nieadaptacyjnych schematów poznawczych, stopniowym wygaszaniu wyuczonych reakcji lękowych oraz budowaniu zdrowszych mechanizmów regulacji emocji. Integracja podejść behawioralnych, poznawczych oraz neurobiologicznych pozwala na lepsze zrozumienie mechanizmów powstawania i utrwalania lęku, co przekłada się na bardziej efektywne metody leczenia zaburzeń lękowych (Bartoszak, 2022).

Lęk u mężczyzn jest zjawiskiem, które w dużej mierze kształtowane jest zarówno przez indywidualne predyspozycje psychologiczne, jak i społeczne oczekiwania związane z



męskością. Badania wskazują, że mężczyźni rzadziej zgłaszają objawy lęku i rzadziej korzystają z profesjonalnej pomocy psychologicznej, co może wynikać z norm kulturowych promujących obraz męskości jako odpornej emocjonalnie i niezależnej. W wielu społeczeństwach otwarte mówienie o lęku przez mężczyzn jest postrzegane jako oznaka słabości, co prowadzi do tłumienia emocji i unikania konfrontacji z problemem. Wpływ na to mają również doświadczenia z dzieciństwa oraz wzorce wychowawcze, w których chłopcy są częściej zachęceni do tłumienia strachu i radzenia sobie z trudnościami w sposób aktywny, a nie poprzez wyrażanie emocji. W rezultacie u wielu mężczyzn obserwuje się skłonność do somatyzowania lęku, co oznacza, że objawy psychiczne manifestują się w postaci dolegliwości fizycznych, takich jak bóle głowy, napięcie mięśniowe czy zaburzenia snu (Hosseini i Khazali, 2013).

Mechanizmy radzenia sobie z lękiem u mężczyzn często odbiegają od strategii stosowanych przez kobiety, co jest konsekwencją zarówno uwarunkowań biologicznych, jak i społecznych. Unikanie stresujących sytuacji jest jedną z najczęstszych strategii, która pozwala na chwilowe obniżenie napięcia, lecz w dłuższej perspektywie prowadzi do jego nasilenia. Kompensacja, czyli dążenie do nadmiernej kontroli nad otoczeniem, sukcesu zawodowego lub perfekcjonizmu, może stanowić sposób na radzenie sobie z poczuciem niepewności, jednak często wiąże się z przewlekłym stresem oraz wypaleniem emocjonalnym. Agresja jako mechanizm obronny bywa wykorzystywana do maskowania lęku, co prowadzi do impulsywnych zachowań oraz trudności w budowaniu zdrowych relacji interpersonalnych. Uzależnienia od alkoholu, substancji psychoaktywnych lub nadmierne zaangażowanie w pracę stanowią kolejną formę ucieczki przed lękiem, która pozwala na chwilowe odwrócenie uwagi od problemów, lecz przyczynia się do pogłębienia trudności emocjonalnych (Fisher i in., 2022).

Badania nad ekspresją lęku u mężczyzn wskazują, że objawy tego stanu mogą przejawiać się w sposób odmienny niż u kobiet, co wpływa na trudności diagnostyczne i skuteczność interwencji terapeutycznych. Wiele badań sugeruje, że mężczyźni częściej doświadczają lęku w formie zwiększonej drażliwości, napięcia oraz trudności w kontrolowaniu emocji, zamiast typowych objawów, takich jak martwienie się czy nadmierne analizowanie sytuacji stresowych. Różnice te wynikają z odmiennych strategii regulacji emocji, które są wzmacniane przez normy kulturowe i stereotypy płciowe. Społeczne oczekiwania, według których mężczyzna powinien być silny, niezależny i odporny psychicznie, prowadzą do zjawiska „męskiej maski”, czyli ukrywania emocji i unikania rozmów na temat własnych trudności. Skutkuje to późniejszym zgłaszaniem się po pomoc oraz większym ryzykiem



rozwiniecia się współistniejących problemów, takich jak depresja, nadużywanie substancji czy zaburzenia psychosomatyczne (Fisher i in., 2022).

Stereotypy płciowe mają istotny wpływ na sposób, w jaki mężczyźni doświadczają i wyrażają lęk, a także na ich gotowość do korzystania z pomocy psychologicznej. W wielu kulturach nadal dominuje przekonanie, że mężczyźni powinni radzić sobie samodzielnie, a wyrażanie strachu czy niepewności jest niezgodne z ideałem męskości. Badania wskazują, że mężczyźni, którzy internalizują te przekonania, wykazują większą tendencję do unikania pomocy oraz do stosowania destrukcyjnych strategii radzenia sobie z napięciem emocjonalnym. Zmiana społecznych norm dotyczących ekspresji emocji oraz promowanie otwartości w zakresie zdrowia psychicznego mogą przyczynić się do zmniejszenia barier w dostępie do wsparcia i poprawy dobrostanu emocjonalnego mężczyzn. Edukacja na temat zdrowych mechanizmów radzenia sobie z lękiem oraz normalizacja korzystania z psychoterapii wśród mężczyzn stanowią istotne elementy działań profilaktycznych i interwencyjnych (Fisher i in., 2022).

Indywidualne i społeczne czynniki ryzyka lęku u mężczyzn wskazują, że zjawisko to nie ogranicza się jedynie do biologicznych predyspozycji, ale w dużym stopniu wynika z kontekstu kulturowego i norm społecznych. Mechanizmy radzenia sobie z lękiem, takie jak unikanie, kompensacja czy agresja, często nie przynoszą długoterminowych korzyści, lecz prowadzą do utrwalania trudności emocjonalnych. Badania nad męską ekspresją lęku oraz wpływem stereotypów płciowych pokazują, że zmiana podejścia do zdrowia psychicznego mężczyzn wymaga przełamania norm kulturowych i budowania przestrzeni do otwartego wyrażania emocji. Współczesna psychologia i psychoterapia koncentrują się na rozwijaniu skutecznych strategii wspierających mężczyzn w radzeniu sobie z lękiem, uwzględniając zarówno biologiczne, jak i społeczne aspekty tego zjawiska (Fisher i in., 2022).



Rozdział 3. Satysfakcja z życia w psychologii

3.1. Definicje satysfakcji z życia

Teoria subiektywnej jakości życia, rozwinięta przez Eda Dienera (1985), koncentruje się na jednostkowym postrzeganiu własnego dobrostanu i zadowolenia z życia. U podstaw tego podejścia leży przekonanie, że ocena jakości życia nie może być oparta wyłącznie na zewnętrznych, obiektywnych wskaźnikach, takich jak status materialny czy poziom wykształcenia, lecz przede wszystkim na subiektywnym odbiorze rzeczywistości przez jednostkę. Według Dienera, subiektywna jakość życia obejmuje trzy główne komponenty: ogólne zadowolenie z życia, częstość doświadczania emocji pozytywnych oraz rzadkość przeżywania emocji negatywnych. Te trzy wymiary stanowią podstawę do oceny, czy dana osoba postrzega swoje życie jako udane i satysfakcjonujące. Koncepcja ta wyznacza kierunek badań psychologicznych i społecznych, w których priorytet zyskuje perspektywa indywidualna i wewnętrzne odczucia jednostki (Diener, Emmons, Larson i Griffin w: Juczyński, 2001).

W przeciwieństwie do obiektywnych wskaźników jakości życia, teoria Dienera zakłada, że dwa różne podmioty mogą całkowicie odmiennie oceniać swoje życie, mimo zbliżonych warunków bytowych. Taka koncepcja otwiera pole do analiz psychologicznych, w których centralne znaczenie zyskują czynniki osobowościowe, systemy wartości, przekonania i strategie radzenia sobie ze stresem. W badaniach empirycznych podkreśla się, że osoby cechujące się optymizmem, wysokim poczuciem własnej skuteczności czy silnym wsparciem społecznym częściej deklarują wyższy poziom subiektywnej jakości życia. Co istotne, teoria ta uwzględnia zarówno aspekty emocjonalne, jak i poznawcze – z jednej strony analizuje się intensywność przeżyć emocjonalnych, z drugiej natomiast dokonuje się oceny ogólnej satysfakcji życiowej. Podejście to zyskało uznanie w psychologii pozytywnej, stając się podstawą licznych badań nad szczęściem i dobrostanem psychicznym (Karaś, 2019).

Z perspektywy metodologicznej, teoria subiektywnej jakości życia wymaga stosowania narzędzi umożliwiających uchwycenie wewnętrznych przeżyć jednostki. Najczęściej wykorzystywane są kwestionariusze samoopisowe, w tym Skala Satysfakcji z Życia (Satisfaction With Life Scale, SWLS), opracowana przez Dienera i współpracowników (1985), pozwalająca na pomiar poznawczej oceny życia (Jankowski, 2015). Uzupełnieniem są skale mierzące komponenty emocjonalne, takie jak PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), pozwalające na określenie częstości przeżywania emocji pozytywnych i negatywnych. Wspomniane narzędzia umożliwiają prowadzenie badań porównawczych międzykulturowych oraz analizowanie zależności pomiędzy subiektywnym dobrostanem a innymi zmiennymi



psychologicznymi i społecznymi. W ten sposób teoria Dienera zyskuje wymiar praktyczny, stanowiąc fundament dla projektowania interwencji psychologicznych ukierunkowanych na poprawę jakości życia (Fajkowska i Marszał-Wiśniewska, 2009).

Zastosowanie koncepcji subiektywnej jakości życia przekracza ramy psychologii i znajduje odzwierciedlenie w innych dyscyplinach, takich jak socjologia, ekonomia czy zdrowie publiczne. Coraz częściej postuluje się, aby wskaźniki subiektywnego dobrostanu były uwzględniane w ocenie poziomu rozwoju społecznego i jakości polityk publicznych. Przykładem może być rozwój wskaźników alternatywnych wobec PKB, w których satysfakcja z życia obywateli traktowana jest jako miernik postępu społecznego. Takie podejście wpisuje się w nurt poszukiwania bardziej humanistycznych i zrównoważonych metod oceny rozwoju społeczno-ekonomicznego. W tym kontekście teoria Dienera zyskuje znaczenie jako narzędzie diagnozy i interpretacji złożonych zjawisk społecznych, opierające się na doświadczeniach i percepcji jednostki, a nie wyłącznie na zewnętrznych kryteriach oceny (Gaweł-Luty i Lemańczyk, 2022).

Relacja między satysfakcją z życia, a dobrostanem emocjonalnym pozostaje przedmiotem intensywnych analiz w obszarze psychologii pozytywnej i nauk społecznych. Satysfakcja z życia, rozumiana jako poznawcza ocena jakości własnej egzystencji, odnosi się do subiektywnego przekonania jednostki o stopniu spełnienia osobistych oczekiwań i celów. Dobrostan emocjonalny natomiast obejmuje zakres i intensywność doświadczanych emocji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Choć te dwa komponenty nie są tożsame, wzajemnie się uzupełniają i współtworzą obraz ogólnego dobrostanu psychicznego. Obserwuje się, że osoby o wysokiej satysfakcji życiowej częściej doświadczają emocji pozytywnych, takich jak radość, spokój czy nadzieja, a rzadziej przeżywają stany lęku, smutku czy frustracji. W literaturze wskazuje się na obustronne zależności – subiektywna ocena życia może wpływać na nastrój emocjonalny, a jednocześnie utrzymujące się pozytywne emocje sprzyjają wyższemu zadowoleniu z życia (Pastwa-Wojciechowska, Piechowicz i Bidzan, 2015).

Istotnym aspektem omawianego zagadnienia jest stabilność oraz zmienność poszczególnych komponentów dobrostanu. Satysfakcja z życia wykazuje tendencję do większej trwałości w czasie i zmienia się wolniej niż dobrostan emocjonalny, który może podlegać krótkotrwałym fluktuacjom związanym z bieżącymi wydarzeniami życiowymi. Emocje są silnie powiązane z sytuacyjnym kontekstem, natomiast satysfakcja z życia odzwierciedla bardziej ugruntowaną ocenę ogólnych warunków egzystencji. Różnice te sprawiają, że pomiar obu wymiarów przynosi pełniejszy obraz dobrostanu psychicznego, umożliwiając analizę zarówno natychmiastowych reakcji emocjonalnych, jak i długofalowego



poczucia zadowolenia. W badaniach empirycznych wykorzystywane są odrębne narzędzia pomiarowe dla obu konstruktów, co pozwala na identyfikację ich indywidualnych uwarunkowań i korelatów (Porczyńska-Ciszewska, 2013).

Znaczenie analiz dotyczących zależności między satysfakcją z życia a dobrostanem emocjonalnym znajduje odzwierciedlenie w działaniach profilaktycznych i terapeutycznych. Interwencje psychologiczne ukierunkowane na poprawę dobrostanu emocjonalnego – poprzez wzmacnianie pozytywnego myślenia, rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem czy kształtowanie więzi społecznych – mogą pośrednio wpływać na wzrost satysfakcji z życia. Analogicznie, zmiana postaw życiowych, wyznaczanie bardziej realistycznych celów czy zwiększanie autonomii jednostki przekłada się na poprawę nastroju i większą odporność emocjonalną. Relacja między tymi dwoma obszarami nie ogranicza się wyłącznie do wymiaru indywidualnego, lecz posiada również znaczenie społeczne – osoby doświadczające pozytywnych emocji i satysfakcji z życia wykazują większe zaangażowanie społeczne, efektywniej funkcjonują w relacjach interpersonalnych i rzadziej korzystają z systemu opieki zdrowotnej (Niśkiewicz, 2016).

W kontekście badań międzykulturowych dostrzega się, że relacje między satysfakcją z życia a dobrostanem emocjonalnym mogą przyjmować różne konfiguracje w zależności od norm kulturowych, systemów wartości i dominujących stylów życia. W kulturach kolektywistycznych większe znaczenie przypisuje się relacjom społecznym, co przekłada się na bardziej relacyjne postrzeganie satysfakcji z życia, natomiast w kulturach indywidualistycznych uwaga koncentruje się na osobistym sukcesie i samorealizacji. Z tego względu związek między emocjami a poznawczą oceną życia bywa silniejszy lub słabszy w zależności od kontekstu kulturowego. Również czynniki demograficzne, takie jak wiek, poziom wykształcenia, stan zdrowia czy status zawodowy, modulują intensywność i kierunek tej relacji. Analiza tych zależności umożliwia tworzenie zindywidualizowanych programów wsparcia psychologicznego i strategii podnoszenia jakości życia w różnych grupach społecznych (Pilarska, 2012).

Psychologiczne ujęcie jakości życia koncentruje się na indywidualnym odbiorze rzeczywistości, subiektywnych ocenach oraz wewnętrznych uwarunkowaniach wpływających na sposób interpretowania własnej egzystencji. W tym kontekście uwzględnia się m.in. cechy osobowości, poziom samooceny, poczucie sprawczości, zdolność do samoregulacji emocjonalnej oraz styl radzenia sobie ze stresem. Znaczenie zyskują również przekonania poznawcze, takie jak optymizm życiowy, schematy myślenia oraz wartości, które jednostka uznaje za istotne. Osoby o wysokiej samoświadomości i wewnętrznym umiejscowieniu kontroli



częściej wykazują większe zadowolenie z życia, niezależnie od zewnętrznych uwarunkowań. W badaniach psychologicznych podkreśla się, że subiektywna jakość życia nie zawsze pokrywa się z warunkami bytowymi – o wiele większe znaczenie mają indywidualne mechanizmy interpretacji rzeczywistości niż jej obiektywne parametry (Bańska, 2005).

Z perspektywy socjologicznej jakość życia rozpatrywana jest przede wszystkim w kontekście relacji jednostki z otoczeniem społecznym, strukturą społeczną oraz dostępem do zasobów. W centrum zainteresowania znajdują się takie czynniki jak status materialny, poziom wykształcenia, stabilność zatrudnienia, bezpieczeństwo, możliwość uczestnictwa w życiu społecznym oraz relacje interpersonalne. Społeczna pozycja jednostki kształtuje dostęp do dóbr, usług i wsparcia społecznego, co w sposób pośredni wpływa na ocenę jakości życia. W tym ujęciu dużą wagę przypisuje się kontekstowi kulturowemu i normom społecznym, które definiują, co uznawane jest za pożądane lub satysfakcjonujące. Socjologiczne analizy jakości życia uwzględniają także zróżnicowanie przestrzenne, takie jak miejsce zamieszkania (miasto vs. wieś), poziom rozwoju regionu czy dostępność infrastruktury społecznej i zdrowotnej (Mularska-Kucharek, 2013).

Oba podejścia – psychologiczne i socjologiczne – nie są wykluczające, lecz komplementarne, co pozwala na pełniejsze uchwycenie złożoności zjawiska. Współczesne badania nad jakością życia coraz częściej integrują oba paradygmaty, analizując wzajemne oddziaływanie czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Na przykład, choć wysoki poziom dochodów może zwiększać dostęp do lepszych warunków życia, to bez odpowiednich zasobów psychicznych nie zawsze przekłada się na poczucie dobrostanu. Jednocześnie silne wsparcie społeczne lub przynależność do wspólnoty może łagodzić skutki niekorzystnych warunków materialnych. Tego rodzaju złożoność wymaga zastosowania interdyscyplinarnych metod badawczych, które pozwalają na analizę jakości życia jako dynamicznego efektu interakcji jednostki z otoczeniem (Osika, 2018).

Wśród czynników psychologiczno-socjologicznych wpływających na postrzeganie jakości życia warto wyróżnić również zmienne związane z doświadczeniem życiowym i fazą rozwoju jednostki. Etap życia, w którym znajduje się dana osoba, jej doświadczenia zawodowe, rodzinne i zdrowotne, a także przebyte kryzysy życiowe kształtują sposób oceny aktualnej sytuacji. Człowiek nie funkcjonuje w oderwaniu od przeszłości i oczekiwań wobec przyszłości – porównania z wcześniejszymi stanami życiowymi oraz z innymi osobami mogą wpływać na poczucie zadowolenia lub jego brak. Znaczenie zyskują również aspiracje i ambicje – rozbieżność między tym, co osiągnięte, a tym, co pożądane, może obniżać subiektywną ocenę życia nawet w warunkach obiektywnego dobrobytu. Dlatego rozumienie jakości życia wymaga



nie tylko analizy zasobów, lecz także mechanizmów ich interpretacji i społecznego osadzenia (Wolanin, 2021).

3.2. Determinanty subiektywnego dobrostanu

Biologiczne uwarunkowania szczęścia, a zwłaszcza genetyczne predyspozycje, stanowią istotny obszar zainteresowania współczesnej psychologii oraz neurobiologii. Coraz więcej dowodów empirycznych wskazuje, że indywidualna zdolność do odczuwania pozytywnych emocji oraz ogólnego dobrostanu psychicznego jest częściowo dziedziczna. Badania bliźniąt jedno- i dwujajowych wykazały, że różnice w poziomie subiektywnego szczęścia mogą być w około 30–50% wyjaśnione przez czynniki genetyczne. Oznacza to, że pewne osoby mogą być biologicznie bardziej predysponowane do odczuwania zadowolenia z życia, niezależnie od zewnętrznych warunków środowiskowych. Tego rodzaju ustalenia nie wykluczają wpływu czynników psychospołecznych, ale podkreślają obecność względnie stabilnych mechanizmów biologicznych (Majewicz, 2017).

Szczególną uwagę poświęca się funkcjonowaniu układów neuroprzekaźnikowych, takich jak dopaminowy i serotoninowy, które wpływają na regulację nastroju, odczuwanie przyjemności i procesy motywacyjne. Geny odpowiadające za syntezę, transport i rozkład tych neuroprzekaźników mogą modulować podatność jednostki na pozytywne lub negatywne stany emocjonalne. Na przykład warianty genu transportera serotoniny (5-HTTLPR) zostały powiązane z różnicami w reaktywności emocjonalnej i tendencją do depresyjnych nastrojów. Z kolei aktywność układu dopaminergicznego wpływa na tzw. hedoniczny ton emocjonalny, czyli skłonność do odczuwania przyjemności. Wysoka aktywność tych szlaków może sprzyjać bardziej pozytywnemu odbiorowi codziennych doświadczeń, co z kolei przekłada się na wyższy poziom subiektywnego dobrostanu (Domaradzki, 2017).

Znaczenie genetycznych predyspozycji do odczuwania szczęścia nie oznacza jednak determinizmu biologicznego. Współczesne podejścia akcentują interakcję między genotypem a środowiskiem, wskazując na możliwość kształtowania dobrostanu psychicznego poprzez styl życia, relacje społeczne czy interwencje terapeutyczne. Pojęcie plastyczności genetycznej pozwala zrozumieć, że te same predyspozycje mogą manifestować się w różny sposób w zależności od kontekstu, w jakim funkcjonuje dana osoba. Na przykład osoby z większą wrażliwością emocjonalną mogą doświadczać silniejszych emocji negatywnych w środowisku stresogennym, ale także intensywniej przeżywać emocje pozytywne w warunkach



wspierających. Takie podejście uwzględnia nie tylko biologiczne podstawy, ale również ich dynamiczne powiązanie z doświadczeniem i otoczeniem (Røysamb i Nes, 2018).

W analizach genetycznych coraz częściej wykorzystuje się badania asocjacyjne całego genomu (GWAS), które umożliwiają identyfikację konkretnych loci genetycznych związanych z poziomem szczęścia. Choć efekty pojedynczych genów są zazwyczaj niewielkie, ich skumulowany wpływ może mieć istotne znaczenie dla ogólnego poziomu dobrostanu. Współczesne badania idą również w kierunku analizy tzw. epigenetyki, czyli mechanizmów, które regulują ekspresję genów pod wpływem środowiska. To podejście pozwala lepiej zrozumieć, w jaki sposób doświadczenia życiowe – takie jak długotrwały stres, traumatyczne wydarzenia czy pozytywne relacje – mogą modyfikować biologiczne predyspozycje do przeżywania szczęścia. Tym samym wskazuje się na potrzebę całościowego ujęcia człowieka jako istoty biologiczno-psycho społecznej (Nes i in., 2006).

Wpływ czynników psychologicznych na satysfakcję z życia stanowi przedmiot licznych badań empirycznych, w których centralne miejsce zajmuje osobowość jako względnie trwałe zespół cech determinujących sposób funkcjonowania jednostki. W literaturze podkreśla się, że pewne cechy osobowości sprzyjają osiągnięciu wyższego poziomu subiektywnego dobrostanu, niezależnie od warunków zewnętrznych. Szczególnie korzystne w tym kontekście okazują się wysoki poziom ekstrawersji oraz niski poziom neurotyzmu. Osoby ekstrawertywne są bardziej otwarte na kontakty społeczne, chętniej podejmują aktywność, częściej doświadczają pozytywnych emocji, co przekłada się na wyższe zadowolenie z życia. Z kolei osoby neurotyczne są bardziej podatne na stres, lęk i negatywne interpretacje rzeczywistości, co negatywnie wpływa na ich ogólną ocenę jakości życia (Wałęcka-Matyja i Kurpiel, 2015).

Modele osobowości, takie jak pięcioczynnikowy model Wielkiej Piątki (Big Five), dostarczają solidnych podstaw do analizy związku między osobowością a satysfakcją z życia. Poza ekstrawersją i neurotyzmem, istotne znaczenie mają także ugodowość, sumienność i otwartość na doświadczenie. Wysoka ugodowość wiąże się z większą łatwością w budowaniu relacji interpersonalnych, co sprzyja poczuciu wsparcia i bezpieczeństwa. Sumienność natomiast koreluje z lepszą organizacją życia, skuteczniejszym realizowaniem celów i większą kontrolą nad własnym funkcjonowaniem. Otwartość na doświadczenie może wzmacniać zdolność adaptacyjną oraz elastyczność poznawczą, co ułatwia pozytywne przystosowanie do zmian i wyzwań życiowych (Jarmuż, 2008; Ciecuch i Łaguna, 2014).

Ważnym zagadnieniem jest także wpływ mechanizmów samoregulacyjnych i motywacyjnych, które pośredniczą między cechami osobowości a satysfakcją z życia. Osoby o wysokim poziomie samoświadomości i poczuciu skuteczności częściej podejmują działania



zgodne z własnymi wartościami, a także skuteczniej radzą sobie z niepowodzeniami. Poczucie sensu życia, autonomia i spójność wewnętrzna stanowią istotne zasoby psychiczne, które wspierają pozytywną ocenę własnego życia. W tym kontekście satysfakcja z życia jawi się nie tylko jako efekt sprzyjających warunków, lecz także jako wynik aktywnego procesu konstruowania znaczenia i zarządzania własnym doświadczeniem. Osobowość wpływa zatem nie tylko na sposób przeżywania emocji, ale także na wybory życiowe, cele oraz strategie działania (Martowska, 2012).

Współczesne ujęcia wskazują również na dynamiczny charakter relacji między osobowością a satysfakcją z życia. Choć cechy osobowości wykazują względną stałość, możliwe są pewne zmiany w czasie, zwłaszcza pod wpływem doświadczeń życiowych i pracy nad sobą. Rozwój osobisty, terapia psychologiczna czy świadome kształtowanie postaw mogą prowadzić do wzmacniania tych aspektów osobowości, które sprzyjają dobrostanowi. Zmianie może ulec także sposób interpretowania wydarzeń oraz reagowania na stresory, co przekłada się na ogólną ocenę jakości życia. Tego rodzaju podejście otwiera perspektywę wpływu jednostki na własny dobrostan i akcentuje znaczenie świadomych działań psychologicznych w kształtowaniu satysfakcji życiowej (Krok, 2015).

Zależność między dochodem a poziomem szczęścia od lat stanowi przedmiot licznych analiz w naukach społecznych, a szczególną uwagę zwrócił na nią Richard Easterlin, formułując tzw. paradoks Easterlina. Zgodnie z tym założeniem, wzrost dochodu jednostki może prowadzić do wzrostu subiektywnego dobrostanu, ale tylko do pewnego poziomu – po jego osiągnięciu dalszy przyrost zasobów finansowych nie przekłada się na trwałe zwiększenie szczęścia. W analizach międzynarodowych wykazano, że kraje o wyższym dochodzie narodowym per capita niekoniecznie charakteryzują się wyższym poziomem deklarowanego zadowolenia z życia niż państwa mniej rozwinięte. Wyjaśnienie tego zjawiska wiąże się z mechanizmem adaptacji hedonistycznej oraz względnej deprivacji. Jednostki szybko przyzwyczajają się do wyższego poziomu życia i traktują go jako nową normę, natomiast porównania społeczne z osobami lepiej sytuowanymi mogą prowadzić do niezadowolenia, nawet przy poprawie obiektywnych warunków materialnych. W rezultacie subiektywna ocena jakości życia zależy nie tylko od faktycznych zasobów finansowych, ale również od odniesień społecznych i indywidualnych oczekiwań (Easterlin i O'Connor, 2020; Więckowski, 2011).

Obok dochodu równie istotne, a często nawet bardziej determinujące poziom szczęścia, pozostają relacje społeczne. Badania psychologiczne i socjologiczne jednoznacznie wskazują, że jakość więzi z innymi ludźmi, poczucie przynależności oraz doświadczane wsparcie społeczne mają silny wpływ na subiektywny dobrostan. Osoby utrzymujące bliskie relacje



interpersonalne – zarówno rodzinne, przyjacielskie, jak i sąsiedzkie – deklarują wyższy poziom zadowolenia z życia, lepiej radzą sobie ze stresem i są mniej podatne na objawy depresyjne. Relacje te dostarczają nie tylko wsparcia emocjonalnego, ale również informacyjnego i instrumentalnego, co zwiększa poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad życiem. Wspólnotowość, współpraca i poczucie bycia potrzebnym przyczyniają się do kształtowania pozytywnej samooceny oraz sensu życia, co przekłada się na trwałe elementy dobrostanu psychicznego. W odróżnieniu od czynników materialnych, relacje społeczne charakteryzują się dużą odpornością na adaptację hedonistyczną, co sprawia, że ich znaczenie w kontekście szczęścia jest bardziej stabilne w czasie (Chełmniak i in., 2023).

Istotnym aspektem relacji społecznych w kontekście jakości życia jest ich funkcja mediacyjna i ochronna wobec negatywnych doświadczeń życiowych. Obecność zaufanych osób w otoczeniu pozwala na szybsze odzyskiwanie równowagi psychicznej po sytuacjach kryzysowych, takich jak utrata pracy, choroba czy rozpad związku. W literaturze wskazuje się również, że zaangażowanie społeczne, takie jak uczestnictwo w organizacjach, wolontariacie czy działaniach na rzecz wspólnoty lokalnej, pozytywnie koreluje z poczuciem satysfakcji z życia. Działania tego rodzaju nie tylko wzmacniają relacje międzyludzkie, lecz także budują poczucie sensu i sprawczości. Równolegle zauważa się, że izolacja społeczna i brak więzi interpersonalnych to czynniki silnie związane z obniżonym poziomem szczęścia, szczególnie w społeczeństwach wysoko zurbanizowanych i zindywidualizowanych. Oznacza to, że w ocenie jakości życia nie można ograniczać się jedynie do mierników ekonomicznych, lecz należy uwzględnić struktury i procesy społeczne, które kształtują codzienne doświadczenia jednostek (Niedźwiedzki, 2024).

3.3. Zależności między stanami psychicznymi (depresja, lęk) a satysfakcją z życia

Negatywne stany psychiczne, takie jak depresja, lęk, chroniczny stres czy wypalenie emocjonalne, wywierają znaczący wpływ na subiektywną ocenę jakości życia. Obniżony nastrój, utrata zainteresowania codziennymi aktywnościami, zaburzenia koncentracji czy trudności w podejmowaniu decyzji ograniczają zdolność do odczuwania satysfakcji, nawet w sprzyjających warunkach zewnętrznych. W przypadku osób zmagających się z przewlekłymi stanami obniżonego dobrostanu emocjonalnego obserwuje się tendencję do pesymistycznej oceny rzeczywistości, zaniżonej samooceny oraz przekonania o braku wpływu na własne życie. Takie postawy pogłębiają subiektywne poczucie bezradności i izolacji społecznej, co dodatkowo obniża ocenę jakości życia. Co więcej, negatywne emocje wpływają nie tylko na



procesy poznawcze, ale również na relacje interpersonalne, ograniczając zdolność do utrzymywania więzi oraz korzystania ze wsparcia społecznego (Popławska i in., 2024).

Negatywne stany psychiczne przyczyniają się także do pogorszenia funkcjonowania somatycznego, co przekłada się na jakość życia w wymiarze fizycznym. Liczne badania wykazują zależność między przewlekłym stresem a osłabieniem układu odpornościowego, zaburzeniami snu, problemami gastrycznymi czy chorobami sercowo-naczyniowymi. Osoby doświadczające długotrwałego napięcia emocjonalnego częściej zgłaszają objawy psychosomatyczne, które obniżają komfort codziennego funkcjonowania i ograniczają aktywność społeczną oraz zawodową. W kontekście subiektywnej jakości życia szczególnie istotna jest interakcja między dobrostanem psychicznym a zdrowiem fizycznym – negatywne stany emocjonalne mogą wzmacniać odczuwanie bólu i zmniejszać motywację do podejmowania działań prozdrowotnych. Tego rodzaju zależność prowadzi do powstania błędnego koła, w którym spadek jakości życia w jednym obszarze potęguje trudności w innym (Walas, 2022).

W analizach dotyczących jakości życia uwzględnia się również wpływ zaburzeń lękowych i stresu pourazowego, które zmieniają sposób postrzegania rzeczywistości i wzmacniają tendencję do unikania sytuacji społecznych. Utrzymujący się lęk może prowadzić do nadmiernego wycofania, ograniczenia mobilności i rezygnacji z aktywności, które wcześniej przynosiły satysfakcję. Z kolei osoby cierpiące na zaburzenia adaptacyjne często nie są w stanie powrócić do wcześniejszego poziomu funkcjonowania, co skutkuje chronicznym niezadowoleniem z życia. W tym kontekście zauważa się konieczność wczesnej diagnozy i wprowadzenia działań terapeutycznych, które nie tylko łagodzą objawy, ale także odbudowują poczucie wpływu na własną sytuację. Nielezione stany psychiczne mogą prowadzić do trwałego obniżenia jakości życia i utraty zdolności do jego pozytywnej oceny, nawet po ustąpieniu pierwotnych trudności (Majkovicz i Zdun-Rydzewska, 2009).

W literaturze przedmiotu rośnie zainteresowanie znaczeniem dobrostanu psychicznego jako zmiennej warunkującej ogólną jakość życia, a nie jedynie jako jej konsekwencji. Coraz częściej przyjmuje się, że jakość życia jest kategorią złożoną, a jej ocena powinna uwzględniać subiektywne doświadczenia psychiczne, a nie tylko obiektywne wskaźniki zdrowia, dochodu czy poziomu wykształcenia. Osoby o porównywalnym statusie społeczno-ekonomicznym mogą znacząco różnić się pod względem oceny swojego życia w zależności od stanu psychicznego. Z tego względu w analizach jakości życia uwzględnia się nie tylko występowanie zaburzeń, lecz także ogólny poziom odporności psychicznej, zdolność do adaptacji i elastyczność emocjonalną. Takie podejście pozwala na bardziej kompleksowe



rozumienie, w jaki sposób negatywne stany psychiczne wpływają na percepcję dobrostanu i jakie mechanizmy mogą wspierać jego odbudowę (Kartol i in., 2023).

Zależność między szczęściem a depresją stanowi przedmiot rosnącego zainteresowania w badaniach nad zdrowiem psychicznym, szczególnie w kontekście prewencji zaburzeń nastroju. Coraz częściej podkreśla się, że wysoki poziom odczuwanego szczęścia, rozumianego jako trwały komponent dobrostanu psychicznego, może działać jako bufor przed rozwojem objawów depresyjnych. Szczęście, definiowane w ujęciu psychologicznym jako połączenie częstego doświadczania pozytywnych emocji, satysfakcji z życia oraz poczucia sensu, wiąże się z wyższą odpornością emocjonalną, zdolnością adaptacyjną oraz skuteczniejszymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Jednostki o wysokim poziomie dobrostanu psychicznego częściej angażują się w działania przynoszące poczucie spełnienia, co ogranicza przestrzeń dla rozwoju stanów apatycznych i pesymistycznych. Tego rodzaju profil psychologiczny może zmniejszać podatność na utrwalone wzorce myślenia charakterystyczne dla epizodów depresyjnych, takie jak bezradność, obniżona samoocena czy negatywne przewidywania przyszłości (Mirpour i in., 2025).

Badania podłużne potwierdzają, że osoby deklarujące wysoki poziom szczęścia rzadziej doświadczają objawów depresyjnych w dłuższej perspektywie czasowej, nawet w obliczu trudnych wydarzeń życiowych. Zjawisko to tłumaczone jest m.in. przez mechanizm budowania zasobów psychicznych, zgodnie z którym pozytywne emocje sprzyjają rozwojowi trwałych kompetencji emocjonalnych, poznawczych i społecznych. Zgromadzone w ten sposób zasoby wzmacniają poczucie skuteczności, ułatwiają tworzenie wspierających relacji interpersonalnych i zwiększają tolerancję na niepewność. Szczęście nie eliminuje zagrożenia wystąpienia depresji, ale może znacząco obniżać jego prawdopodobieństwo poprzez wzmacnianie psychicznej odporności na czynniki stresogenne. W tym kontekście dobrostan psychiczny przestaje być wyłącznie celem interwencji terapeutycznej, a staje się istotnym elementem profilaktyki zdrowia psychicznego (Padmanabhanunni i in., 2023).

Istotnym zagadnieniem pozostaje również kwestia percepcji i interpretacji wydarzeń przez osoby szczęśliwe. Badania pokazują, że osoby te rzadziej przypisują niepowodzenia czynnikom wewnętrznym i stałym, a częściej traktują trudności jako przejściowe i możliwe do przezwyciężenia. Taki sposób myślenia redukuje ryzyko rozwoju myślenia katastroficznego, które często prowadzi do spadku nastroju i utrwalenia negatywnego obrazu siebie. Co więcej, osoby o wysokim poziomie szczęścia wykazują większą skłonność do angażowania się w działania społeczne, które wzmacniają poczucie przynależności i wspólnoty, stanowiące istotny czynnik chroniący przed izolacją i samotnością, sprzyjającymi rozwojowi depresji. W efekcie



szczęście może pełnić funkcję psychicznego regulatora, który łagodzi wpływ czynników zewnętrznych i wzmacnia pozytywną interpretację rzeczywistości (Saldicia i in., 2023).

Choć szczęście nie gwarantuje całkowitej odporności na depresję, jego obecność w codziennym doświadczeniu zwiększa szanse na szybsze powracanie do równowagi emocjonalnej po doświadczeniach kryzysowych. W literaturze psychologicznej mówi się o zjawisku „psychologicznego buforowania”, gdzie pozytywne zasoby wewnętrzne, związane m.in. z poczuciem szczęścia, osłabiają wpływ stresu na funkcjonowanie emocjonalne. Warto jednak zaznaczyć, że szczęście nie jest zjawiskiem jednorodnym i może przyjmować różne formy, w zależności od typu osobowości, kontekstu kulturowego czy stylu życia. Tym samym skuteczność szczęścia jako czynnika chroniącego przed depresją może być zróżnicowana i zależna od wielu dodatkowych zmiennych. Z perspektywy praktyki klinicznej oraz działań profilaktycznych korzystne wydaje się promowanie codziennych strategii wzmacniających dobrostan emocjonalny jako środka wspierającego odporność psychiczną (Porczyńska-Ciszewska i Kraczlą, 2017).

3.4. Satysfakcja z życia w literaturze przedmiotu

Empiryczne badania nad jakością życia i szczęściem obejmują szerokie spektrum tematów, metod i populacji badawczych, co umożliwia wielowymiarową analizę zjawiska dobrostanu psychicznego. W literaturze dominują dwa podejścia badawcze: ilościowe, wykorzystujące narzędzia psychometryczne do pomiaru satysfakcji z życia i emocji, oraz jakościowe, skupione na analizie indywidualnych narracji i subiektywnych doświadczeń. Najczęściej wykorzystywanymi kwestionariuszami są Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) autorstwa Dienera oraz skale mierzące nasilenie emocji pozytywnych i negatywnych, takie jak PANAS. Wyniki licznych badań prowadzonych na próbach reprezentatywnych w różnych krajach wskazują, że dobrostan psychiczny wykazuje względną stabilność w czasie, a jednocześnie pozostaje podatny na zmienne zewnętrzne, takie jak zmiany życiowe, zdrowotne czy ekonomiczne. Obserwuje się również zależności między poziomem szczęścia a predyktorami, takimi jak cechy osobowości, relacje społeczne, aktywność zawodowa czy poziom autonomii jednostki (Konaszewski i Muszyńska, 2019).

W badaniach podłużnych analizujących relację między osobowością a jakością życia wykazano, że ekstrawersja i niski poziom neurotyzmu istotnie korelują z wyższym poziomem dobrostanu. Osoby ekstrawertywne, dzięki wyższej aktywności społecznej i większej skłonności do pozytywnych emocji, częściej deklarują zadowolenie z życia. Z kolei neurotyzm



wiąże się z podwyższonym ryzykiem występowania objawów depresyjnych i lękowych, co obniża subiektywną ocenę egzystencji. Badania wskazują również, że osoby o wysokim poziomie sumienności i ugodowości wykazują większe zdolności adaptacyjne i lepsze przystosowanie do zmian życiowych, co może sprzyjać utrzymywaniu względnie stabilnego dobrostanu. Ujęcie osobowościowe znalazło potwierdzenie w badaniach międzykulturowych, gdzie podobne wzorce relacji cech z dobrostanem obserwowano niezależnie od kontekstu społecznego czy ekonomicznego (Siwy-Hudowska, 2013).

Zagadnienie relacji między dochodem a szczęściem również doczekało się szerokiego zaplecza empirycznego. W oparciu o dane zebrane w różnych krajach o zróżnicowanym poziomie rozwoju, potwierdzono istnienie efektu malejących korzyści z przyrostu dochodu w kontekście zadowolenia z życia. Największy wzrost szczęścia odnotowuje się wśród osób wychodzących ze stanu ubóstwa lub poprawiających swoje warunki bytowe do poziomu podstawowych potrzeb. Po przekroczeniu tego progu wpływ dodatkowego dochodu wyraźnie słabnie. Paradoks Easterlina, potwierdzony w wielu analizach porównawczych, wskazuje, że wzrost zamożności całych społeczeństw nie zawsze wiąże się ze wzrostem poziomu szczęścia ich obywateli. Wyjaśnien tego zjawiska poszukiwano w teorii adaptacji hedonistycznej oraz porównań społecznych, które w istotny sposób wpływają na percepcję dobrostanu (Pietras-Mrozicka, 2016).

W ostatnich latach zwiększono również zainteresowanie wpływem relacji społecznych na jakość życia, czego dowodem są liczne badania prowadzone w kontekście rodziny, przyjaźni oraz aktywności wspólnotowej. Wykazano, że osoby pozostające w trwałych związkach, posiadające rozbudowaną sieć wsparcia społecznego oraz angażujące się w działania prospołeczne, osiągają wyższe wyniki w pomiarach subiektywnego dobrostanu. Relacje interpersonalne nie tylko zwiększają zadowolenie z życia, lecz także stanowią istotny bufor chroniący przed skutkami stresu i przeciwdziałający rozwojowi depresji. Szczególnie w kontekście pandemii COVID-19 zauważono znaczenie relacji społecznych jako czynnika stabilizującego dobrostan psychiczny. Dane z badań przeprowadzonych w tym okresie pokazały, że osoby o silnych więziach rodzinnych i przyjacielskich łatwiej adaptowały się do nowych warunków, a poziom ich satysfakcji z życia był wyższy niż u osób doświadczających izolacji społecznej (Rutledge i Virzi, 2023).

Znaczący obszar badań empirycznych dotyczy także związków między zdrowiem psychicznym a jakością życia. W szczególności analizowano wpływ depresji, zaburzeń lękowych i przewlekłego stresu na subiektywną ocenę codziennego funkcjonowania. Wyniki potwierdzają, że negatywne stany emocjonalne znacząco obniżają poziom satysfakcji życiowej,



wpływając nie tylko na emocje, lecz także na zdolność do angażowania się w działania społeczne i zawodowe. Osoby z rozpoznanymi zaburzeniami nastroju deklarują niższy poziom dobrostanu nawet przy korzystnych warunkach materialnych, co potwierdza znaczenie psychologicznych uwarunkowań jakości życia. W odpowiedzi na te wyniki rozwijane są interwencje ukierunkowane nie tylko na leczenie objawów, lecz również na wzmacnianie poczucia sensu, nadziei i wewnętrznej motywacji, co może przyczyniać się do długofalowej poprawy dobrostanu jednostki (Ostrzyżek i in., 2023).

Teoretyczne modele dobrostanu wyznaczają kierunki analizy i interpretacji zjawisk związanych z subiektywną jakością życia oraz psychologicznym funkcjonowaniem jednostki. W literaturze wyróżnia się przede wszystkim dwa podejścia: hedonistyczne i eudajmonistyczne, które różnią się sposobem rozumienia szczęścia i dobrostanu. Ujęcie hedonistyczne koncentruje się na przyjemności, satysfakcji z życia oraz bilansie emocji pozytywnych i negatywnych. W tym nurcie rozwijano koncepcję subiektywnego dobrostanu (Subjective Wellbeing), zaproponowaną przez Eda Dienera, w której podstawowymi wymiarami są: ogólna satysfakcja z życia, częstotliwość doświadczania emocji pozytywnych oraz rzadkość emocji negatywnych. Ujęcie to skupia się na ocenie życia przez pryzmat przeżyć jednostki, podkreślając wagę subiektywnego odbioru własnej sytuacji (Karaś, 2019; Kulawska, 2019).

Odmienny punkt widzenia prezentuje podejście eudajmonistyczne, w którym dobrostan nie ogranicza się do doświadczania przyjemności, lecz odnosi się do realizacji potencjału, rozwoju osobistego oraz działania w zgodzie z wewnętrznymi wartościami. Przykładem tego nurtu jest model psychologicznego dobrostanu (Psychological Wellbeing) autorstwa Carol Ryff, który obejmuje sześć komponentów: samoakceptację, pozytywne relacje z innymi, autonomię, panowanie nad otoczeniem, cel w życiu oraz rozwój osobisty. Model ten uwzględnia bardziej trwałe i strukturalne aspekty funkcjonowania psychicznego, a jego centralnym założeniem jest to, że dobrostan wynika z harmonijnego i sensownego życia, a nie wyłącznie z chwilowych stanów emocjonalnych. W odróżnieniu od podejścia hedonistycznego, eudajmonizm podkreśla znaczenie długofalowej satysfakcji płynącej z życia zgodnego z wartościami i celami (Karaś, 2017; Wychowaniec 2022).

Na gruncie integracyjnym pojawiły się również modele próbujące łączyć oba podejścia. Przykładem jest teoria dobrostanu Seligmana, określana jako PERMA, w której wyróżniono pięć elementów: pozytywne emocje (Positive Emotions), zaangażowanie (Engagement), relacje (Relationships), poczucie sensu (Meaning) i osiągnięcia (Accomplishments). Ujęcie to uwzględnia zarówno aspekty hedonistyczne, jak doświadczanie przyjemności, jak i



eudajmonistyczne, takie jak zaangażowanie i realizacja sensu życia. Model PERMA ma zastosowanie nie tylko w psychologii pozytywnej, ale również w praktyce edukacyjnej, zawodowej i terapeutycznej, oferując kompleksowe ujęcie dobrostanu jako dynamicznej struktury opartej na zróżnicowanych, choć współzależnych komponentach. Podejście to zyskało uznanie dzięki swojej operacjonalizacji i możliwości praktycznego zastosowania w kontekście poprawy jakości życia (Karaś, 2019).

Wśród modeli teoretycznych pojawiają się również koncepcje osadzone w neuropsychologii i genetyce, które próbują zidentyfikować biologiczne podstawy dobrostanu. W tym ujęciu analizuje się wpływ struktur mózgowych, układów neuroprzebieżnikowych oraz predyspozycji genetycznych na zdolność do przeżywania emocji pozytywnych, reagowania na stres czy podejmowania działań związanych z poczuciem sensu. Modele te często integrują wyniki badań z różnych dziedzin, tworząc złożone koncepcje dobrostanu jako efektu interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Ujęcie to wzbogaca dotychczasowe modele psychologiczne, wprowadzając perspektywę interdyscyplinarną i wskazując na konieczność całościowego rozumienia dobrostanu w kontekście różnorodnych mechanizmów regulujących funkcjonowanie jednostki. Zestawienie tych modeli pozwala na szersze spojrzenie na zagadnienie dobrostanu oraz zrozumienie jego złożoności (Karaś, 2019; Karaś, 2017).



Rozdział 4. Mężczyźni a zdrowie psychiczne

4.1. Społeczne uwarunkowania zdrowia psychicznego mężczyzn

Normy kulturowe i społeczne znacząco wpływają na to, jak ludzie rozumieją swoje emocje i radzą sobie z trudnościami. Różnice w kontekstach kulturowych prowadzą do odmiennego podejścia do wyrażania cierpienia psychicznego. W społeczeństwach kolektywistycznych większą wagę przywiązuje się do dobra wspólnoty i unikania konfliktów, co może ograniczać swobodne wyrażanie indywidualnych emocji i potrzeb. Z kolei w kulturach indywidualistycznych nacisk kładzie się na samorealizację i otwartość w mówieniu o problemach psychicznych, choć często wiąże się to z większym obciążeniem koniecznością samodzielnego radzenia sobie z trudnościami. Takie normy społeczne kształtują zarówno mechanizmy regulacji emocji, jak i strategie radzenia sobie, co wpływa na ogólny stan psychiczny człowieka (Mijas, 2022).

Społeczne przekonania kształtują sposób, w jaki postrzegane są zaburzenia psychiczne, oraz wpływają na decyzje dotyczące poszukiwania pomocy. W społecznościach, w których zdrowie psychiczne jest stygmatyzowane, osoby borykające się z trudnościami emocjonalnymi często unikają kontaktu z terapeutami lub lekarzami, obawiając się negatywnych ocen czy społecznego wykluczenia. Takie podejście prowadzi do opóźnień w diagnozowaniu i leczeniu, a w konsekwencji pogłębia poczucie osamotnienia i zmniejsza szanse na poprawę samopoczucia. Natomiast w kulturach, gdzie rozmowa o zdrowiu psychicznym jest akceptowana i nie wiąże się ze społecznym napiętnowaniem, ludzie częściej decydują się na terapię i są bardziej świadomi swoich emocji. W rezultacie społeczne normy związane z psychiką wpływają na samoocenę, poczucie własnej wartości i gotowość do dbania o dobrostan psychiczny (Ostrowska, 2011).

Różnice w doświadczaniu i wyrażaniu problemów psychicznych w dużej mierze odzwierciedlają normy kulturowe dotyczące ról płciowych. Mężczyźni, wychowywani w środowiskach, które promują tłumienie emocji i traktują przejawy wrażliwości jako oznakę słabości, mogą rzadziej ujawniać objawy depresji czy lęku. Tego rodzaju postawy prowadzą do długotrwałego kumulowania się trudności emocjonalnych i opóźniają podjęcie działań terapeutycznych. Z kolei kobiety, częściej zachęcane do wyrażania uczuć i szukania wsparcia, mają większą szansę na wczesną diagnozę i skuteczniejsze leczenie. Normy społeczne kształtują więc nie tylko sposoby radzenia sobie z problemami, ale także dostęp do pomocy, niezależnie od biologicznych różnic między płciami (Frąckowiak-Sochańska, 2014).



Migracja i życie w odmiennym środowisku kulturowym często wiążą się z koniecznością pogodzenia własnych wzorców i wartości z wymaganiami nowego otoczenia. Taki konflikt prowadzi niekiedy do stresu akulturacyjnego, który objawia się osamotnieniem, spadkiem poczucia bezpieczeństwa oraz trudnościami w adaptacji. Osoby mierzące się z tym wyzwaniem mogą odczuwać presję, by porzucić część własnej tożsamości kulturowej, co dodatkowo zwiększa obciążenie psychiczne. Jeżeli w takiej sytuacji brakuje wsparcia ze strony społeczności przyjmującej lub dostęp do usług zdrowotnych jest ograniczony, rośnie ryzyko wykluczenia oraz pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Dlatego analizując wpływ norm kulturowych i społecznych na zdrowie psychiczne, konieczne jest uwzględnienie historii danej grupy, jej wartości oraz mechanizmów ułatwiających integrację (Ezeugwu i Ojedokun, 2020).

Kulturowo utrwalone przekonania o męskości – takie jak silna samowystarczalność czy brak oznak słabości – znacząco wpływają na to, jak mężczyźni radzą sobie z trudnościami psychicznymi. Normy te mogą utrudniać otwarte wyrażanie takich emocji jak smutek czy lęk, co często prowadzi do ich tłumienia. W efekcie zaburzenia psychiczne u mężczyzn mogą przejawiać się mniej oczywistymi objawami, jak drażliwość, agresja lub skłonność do uzależnień, co utrudnia ich wczesne zdiagnozowanie. Brak otwartej ekspresji emocjonalnej zwiększa ryzyko pogłębiania się problemów i osłabia zdolność do skutecznej regulacji emocji (Mohla i Neera, 2023).

Psychologowie zauważają, że mężczyźni, mimo podobnego nasilenia objawów, rzadziej niż kobiety sięgają po wsparcie terapeutyczne. Wiąże się to z normami kulturowymi promującymi obraz mężczyzny jako osoby twardej, samodzielnej i emocjonalnie odpornej. Dla wielu mężczyzn poszukiwanie pomocy może wydawać się sprzeczne z tym wzorcem, co skutkuje unikaniem problemu, jego bagatelizowaniem, a niekiedy wycofaniem społecznym. Jednak badania pokazują, że ci, którzy pozwalają sobie na większą elastyczność w wyrażaniu emocji, osiągają lepsze wyniki w radzeniu sobie z trudnościami i cieszą się wyższym poziomem dobrostanu (Knopp, 2013).

Problem samobójstw wśród mężczyzn często łączy się z dominującymi normami emocjonalnymi, które zniechęcają do szukania pomocy i otwartego mówienia o swoich trudnościach. Statystyki wskazują, że mężczyźni częściej wybierają bardziej skuteczne metody działania, ale generalnie priorytetowe jest również to, że rzadziej decydują się na wczesne podjęcie leczenia. Wzorce oparte na niezależności i samodyscyplinie prowadzą do przekonania, że problemy trzeba rozwiązywać samodzielnie. W rezultacie wiele osób nie reaguje na wczesne sygnały pogarszającego się stanu psychicznego, co utrudnia dostęp do skutecznego wsparcia. Dlatego coraz większy nacisk kładzie się na inicjatywy społeczne i profilaktyczne, które



pomagają mężczyznom zrozumieć, że szukanie pomocy to nie oznaka słabości, lecz krok w stronę zdrowia i lepszego życia (Lurka, 2023).

Współczesne podejścia terapeutyczne coraz bardziej skupiają się na przeformułowaniu przekonań związanych z męskością, w szczególności w obszarze wyrażania emocji. W terapii indywidualnej i grupowej stereotypy męskości są analizowane jako jeden z czynników, które mogą utrudniać zdrowienie. Coraz większy nacisk kładzie się także na rozwijanie interwencji dostosowanych do specyficznych potrzeb mężczyzn, takich jak ich preferowane sposoby radzenia sobie i formy komunikacji. Dodatkowo wprowadzenie edukacji psychologicznej na temat emocji, zwłaszcza wśród chłopców i młodych mężczyzn, pomaga budować bardziej zrównoważone podejście do przeżywania i wyrażania uczuć. W efekcie te działania przyczyniają się do poprawy zdrowia psychicznego w tej grupie, przełamując utrwalone stereotypy i zwiększając skuteczność wsparcia psychologicznego (Sokołowski-Zgid, 2021).

Współczesne podejście do pracy, zwłaszcza w wysoce zurbanizowanych społeczeństwach, silnie wpływa na kondycję psychiczną jednostek. Nacisk na nieustanne osiąganie coraz wyższych wyników, pełną dyspozycyjność oraz poświęcenie zawodowe tworzą atmosferę, w której regeneracja, relacje osobiste czy aktywności poza karierą schodzą na dalszy plan. Taki model funkcjonowania zawodowego sprzyja chronicznemu stresowi, wypaleniu oraz poczuciu braku sensu. Dodatkowo, wartość jednostki bywa w tym kontekście definiowana jedynie przez jej produktywność, co obniża samoocenę w chwilach stagnacji czy spadku efektywności (Struzik, 2014).

Presja sukcesu, wzmocniana przez normy społeczne, media i środowisko zawodowe, narzuca przekonanie, że osiągnięcia zawodowe stanowią główny wyznacznik wartości jednostki. Takie podejście zwiększa ryzyko perfekcjonizmu, nadmiernej samokrytyki oraz trudności w radzeniu sobie z porażkami. Osoby poddane tym oczekiwaniom często boją się oceny, unikają delegowania zadań i niechętnie podejmują ryzyko, obawiając się utraty pozycji. W efekcie wzrasta ryzyko wyczerpania emocjonalnego, somatyzacji stresu oraz zachwiania równowagi między życiem zawodowym a prywatnym. Bez czasu na odpoczynek i autorefleksję motywacja oraz zaangażowanie mogą stopniowo maleć (Niewiadomska-Cudak, 2012; Wycisk i Zielona-Jenek, 2017).

Zorientowanie na wyniki może utrudniać budowanie otwartych i wspierających relacji w pracy. Rywalizacja i brak zaufania między pracownikami sprzyjają spłycaaniu kontaktów oraz izolacji emocjonalnej, nawet w intensywnie współpracujących zespołach. Promowanie indywidualnych osiągnięć i unikanie rozmów o problemach psychicznych zwiększa ryzyko ukrywania trudności, co z kolei utrudnia wprowadzanie działań profilaktycznych. W efekcie



praca przestaje być źródłem satysfakcji i rozwoju, stając się raczej obciążeniem, które może negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne (Niewiadomska-Cudak, 2012; Wycisk i Zielona-Jenek, 2017).

W literaturze coraz częściej podnosi się potrzebę budowania bardziej zrównoważonych modeli pracy, które uwzględniają zarówno efektywność, jak i dobrostan pracowników. Proponowane rozwiązania obejmują rozwijanie kultury feedbacku, wzmacnianie zaufania w relacjach zawodowych, wprowadzanie elastycznych form pracy oraz promowanie działań wspierających zdrowie psychiczne. Zmiana ta wymaga jednak rewizji tradycyjnych norm kulturowych, które przez lata promowały obraz pracownika jako zawsze dostępnego i niewzruszonego. Dążenie do bardziej realistycznych oczekiwań wobec pracowników oraz akceptacja ograniczeń psychicznych mogą pomóc w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu i poprawie jakości życia zawodowego. Osiągnięcie równowagi między efektywnością a dobrostanem stanowi podstawę zdrowego i trwałego funkcjonowania zarówno jednostek, jak i organizacji (Ścigała i in. 2014).

4.2. Stereotypy płciowe i ich wpływ na zgłaszanie objawów depresyjnych i lękowych

Mit „silnego mężczyzny” to jedno z najbardziej zakorzenionych społecznie wyobrażeń na temat męskości, które wpływa na postawy i wzorce zachowań w wielu kulturach. Według tego schematu mężczyzna ma być niezłomny, samowystarczalny, odporny na emocje i zawsze gotowy do działania. Takie przekonanie ogranicza wachlarz akceptowalnych reakcji emocjonalnych, a także wywiera presję na tych, którzy nie mieszczą się w tym wzorcu. Społeczna aprobata dla cech takich jak siła fizyczna, opanowanie emocjonalne i zdecydowanie często marginalizuje wrażliwość, empatię czy potrzebę wsparcia. W rezultacie wielu mężczyzn doświadcza wewnętrznego konfliktu między własnymi emocjami a wymaganiami społecznymi, co prowadzi do tłumienia uczuć i unikania pomocy w trudnych sytuacjach (Frąckowiak-Sochańska, 2014).

Mit „silnego mężczyzny” znacząco wpływa na zdrowie psychiczne mężczyzn. Ci, którzy przyjmują ten wzorzec, rzadziej szukają pomocy psychologicznej, przez co trudniej jest w porę zdiagnozować i leczyć zaburzenia emocjonalne. Objawy, takie jak lęk czy depresja, często pozostają niezauważone, a ich przejawy są maskowane agresją, nadużywaniem substancji czy wycofaniem społecznym. Stygmatyzowanie emocjonalności u mężczyzn dodatkowo komplikuje tworzenie zdrowych relacji i ogranicza możliwość wyrażania siebie. Tego typu ograniczenia sprzyjają izolacji, poczuciu niezrozumienia i obniżeniu samooceny,



mimo że z zewnątrz osoba może wydawać się zgodna z społecznymi oczekiwaniami (Żukowska, 2018).

Na poziomie społecznym mit ten odtwarza określony model wychowania chłopców, który od najmłodszych lat promuje twardość, rywalizację i tłumienie emocji. Slogany takie jak „chłopaki nie płaczą” czy „musisz być twardy” ograniczają ekspresję emocjonalną, ucząc, że okazywanie słabości jest wstydlive i niepożądane. W efekcie młodzi mężczyźni wkraczają w dorosłość z przekonaniem, że radzenie sobie z problemami wymaga pełnej samodzielności i milczenia na temat cierpienia psychicznego. To prowadzi do unikania problemów emocjonalnych oraz niechęci wobec terapii i wsparcia psychologicznego, a w skrajnych przypadkach może skutkować pogorszeniem zdrowia psychicznego, chronicznym stresem i nasileniem zachowań autodestrukcyjnych, w tym myśli samobójczych (Chiozza i Stoyanov, 2017).

Badania i inicjatywy społeczne coraz częściej podkreślają konieczność przeformułowania rozumienia męskości w stronę bardziej otwartego i elastycznego modelu. Współczesne podejścia zachęcają do rezygnacji z sztywnych ról płciowych i promowania takich wartości jak autentyczność, empatia i zdolność do wyrażania emocji. Rozwijanie edukacji emocjonalnej, szczególnie już w młodym wieku, może przyczyniać się do budowania zdrowszych postaw u chłopców i mężczyzn. Tworzenie miejsc, gdzie mężczyźni mogą otwarcie rozmawiać o swoich uczuciach i potrzebach bez obawy o ocenę, daje szansę na zmniejszenie presji związanej z tradycyjnym wzorcem męskości. Poprzez takie działania edukacyjne i kulturowe możliwe jest poszerzenie rozumienia męskości, tak aby obejmowała pełne spektrum emocjonalnych doświadczeń (Chiozza i Stoyanov, 2017).

Presja społeczna w dużej mierze wpływa na sposób, w jaki ludzie oceniają swoje zdrowie psychiczne i podejmują decyzje o skorzystaniu z pomocy. W kulturach, gdzie ceniona jest samowystarczalność i nieprzerwana produktywność, otwarte przyznanie się do problemów emocjonalnych może być postrzegane jako oznaka słabości. Tego rodzaju przekonania prowadzą do bagatelizowania objawów oraz odwlekania poszukiwania pomocy aż do momentu, gdy trudności stają się poważne. W takich warunkach osoby zmagające się z zaburzeniami psychicznymi często starają się maskować objawy, co utrudnia ich prawidłową diagnozę i przesuwają moment interwencji na późniejszy etap, kiedy leczenie bywa bardziej skomplikowane (Casad i Timko, 2015).

Negatywne stereotypy dotyczące zdrowia psychicznego mogą utrudniać ludziom szukanie pomocy z obawy przed utratą pozycji społecznej czy zawodowej. W niektórych środowiskach hierarchicznych podejrzenie zaburzenia psychicznego prowadzi do wykluczenia,



co zmusza jednostki do ukrywania objawów i opóźnia rozpoczęcie leczenia. W efekcie osoby te traktują diagnozę jako zagrożenie dla swojego statusu społecznego, zamiast jako krok w stronę poprawy jakości życia. To z kolei stwarza wyzwanie dla specjalistów, którzy w takich warunkach mogą mieć trudności z przeprowadzeniem rzetelnej oceny stanu psychicznego pacjenta (Chatmon, 2020).

Presja społeczna wpływa na to, jak różne grupy demograficzne podchodzą do diagnozy i leczenia zaburzeń psychicznych. Mężczyźni często zwlekają z szukaniem pomocy, co częściowo wynika z kulturowych norm promujących emocjonalną powściągliwość i samowystarczalność. Osoby starsze, wychowane w czasach, gdy zdrowie psychiczne było tematem tabu, mogą postrzegać swoje objawy jako brak siły charakteru lub nieuzasadnioną nadwrażliwość. W efekcie w obu tych grupach obserwuje się mniejszą skłonność do zaakceptowania diagnozy i podjęcia leczenia. Dlatego proces diagnostyczny wymaga nie tylko wiedzy medycznej, ale również uwzględnienia społecznych przekonań, które kształtują postawy pacjentów wobec własnego zdrowia (Chatmon, 2020).

Na poziomie systemowym presja społeczna wpływa na organizację i dostępność usług w obszarze zdrowia psychicznego. W społeczeństwach, gdzie kwestie psychiczne są marginalizowane, opieka psychiatryczna często pozostaje niedofinansowana, a działania edukacyjne i kampanie społeczne są ograniczone. Skutkuje to brakiem wystarczającej liczby specjalistów oraz niedostatkami mechanizmów umożliwiającymi wczesne wykrywanie zaburzeń. Zwiększa się wówczas odpowiedzialność jednostek za podjęcie inicjatywy w szukaniu pomocy, co w warunkach społecznego stygmatu i lęku przed oceną bywa znaczącą barierą. Przeciwdziałanie takim zjawiskom wymaga inwestycji w edukację publiczną, zmian w sposobie mówienia o zdrowiu psychicznym oraz promowania otwartości w podejściu do tych zagadnień na poziomie społecznym i instytucjonalnym (Chatmon, 2020).

4.3. Różnice w doświadczaniu i raportowaniu satysfakcji z życia w zależności od płci

Badania nad dobrostanem psychicznym pokazują, że kobiety i mężczyźni różnią się w sposobie przeżywania emocji i wyrażania problemów psychicznych. Kobiety częściej raportują objawy takie jak depresja, lęk i obniżony nastrój, podczas gdy mężczyźni wykazują skłonność do drażliwości, agresji i nadużywania substancji psychoaktywnych. Te różnice są w dużej mierze uwarunkowane kulturowo – normy społeczne nakładają na mężczyzn oczekiwanie emocjonalnej powściągliwości i niezależności, co utrudnia im poszukiwanie pomocy w przypadku trudności psychicznych. W rezultacie mężczyźni rzadziej decydują się na terapię lub



konsultację psychiatryczną, nawet gdy objawy znacząco wpływają na ich codzienne funkcjonowanie. Taki stan rzeczy prowadzi do późniejszego rozpoznania zaburzeń i opóźnienia w podejmowaniu skutecznego leczenia (Ciaputa i in., 2016).

Analizy ilościowe i jakościowe pokazują, że kobiety częściej korzystają z dostępnych form wsparcia społecznego i dzielą się swoimi doświadczeniami emocjonalnymi, szczególnie w sytuacjach kryzysowych. Mężczyźni natomiast częściej wybierają strategie samodzielne, nawet jeśli towarzyszy temu poczucie frustracji, wypalenia lub emocjonalnej pustki. Tego typu różnice wynikają częściowo z norm kulturowych, które nakłaniają mężczyzn do zachowania kontroli i unikania otwartego mówienia o trudnościach psychicznych. Konsekwencją tego podejścia może być opóźnione rozpoznanie problemów psychicznych lub ich całkowity brak diagnozy. Wskazują na to dane epidemiologiczne, które pokazują wyższe wskaźniki samobójstw wśród mężczyzn. Podkreśla to potrzebę opracowania bardziej indywidualnych metod diagnostycznych, uwzględniających różnice w wyrażaniu i zgłaszaniu objawów (Kalecińska-Adamczyk i Serafińska, 2013).

Brak odpowiednich kampanii społecznych skierowanych do mężczyzn oraz niedostosowanie języka komunikacji zdrowotnej sprawiają, że przekaz o dostępnych formach terapii często nie dociera do tej grupy. Mężczyźni często nie znajdują przestrzeni, w której mogliby otwarcie i bez oceniania mówić o swoich trudnościach psychicznych, co prowadzi do rezygnacji z leczenia lub przerywania terapii na wczesnym etapie. Aby to zmienić, konieczne jest tworzenie systemów wsparcia uwzględniających różnorodność męskich doświadczeń i rezygnacja z ograniczającego wzorca „silnego mężczyzny” (Kalecińska-Adamczyk i Serafińska, 2013).

Wyniki badań pokazują, że strategie wsparcia powinny uwzględniać różnice związane z płcią, zarówno biologiczną, jak i społeczną. Promowanie otwartości na różne sposoby wyrażania emocji oraz uwzględnienie indywidualnych potrzeb mogą poprawić efektywność działań profilaktycznych i terapeutycznych. Włączenie edukacji o zdrowiu psychicznym do programów społecznych oraz zwiększenie akceptacji rozmów o emocjach wśród mężczyzn może zachęcić ich do wcześniejszego szukania pomocy. Uznanie, że mężczyźni również doświadczają trudności psychicznych, chociaż często w innej formie niż kobiety, daje solidną podstawę dla bardziej odpowiednich działań klinicznych i społecznych. Konieczne jest dalsze badanie specyfiki męskiego dobrostanu oraz tworzenie polityk zdrowotnych, które lepiej odpowiadają różnorodnym potrzebom tej grupy (Krzaklewska, Slany i Warant, 2016).

Ocena poziomu szczęścia różni się w zależności od przyjętej definicji, metodologii badań oraz kontekstu społeczno-kulturowego. W niektórych analizach kobiety częściej



zgłaszają pozytywne emocje, ale jednocześnie są bardziej narażone na lęk i obniżenie nastroju. Mężczyźni, choć rzadziej mówią o problemach psychicznych, często reagują na stres w sposób destrukcyjny, na przykład izolując się lub sięgając po substancje psychoaktywne. Takie różnice mogą wynikać zarówno z norm społecznych i kulturowych, jak i z biologicznych predyspozycji. Aby odpowiedzieć na pytanie o poziom szczęścia wśród kobiet i mężczyzn, konieczne jest uwzględnienie wielu czynników i unikanie prostych porównań (Kanasz, 2015).

Biologiczne różnice, takie jak specyfika funkcjonowania układu hormonalnego i neuroprzekaźników, mogą wpływać na sposób, w jaki mężczyźni przeżywają i regulują emocje. Wyższy poziom testosteronu i różnice w aktywności mózgu mogą przyczyniać się do większej impulsywności oraz niższej reaktywności emocjonalnej. Może to również skutkować trudnościami w refleksyjnym analizowaniu stanu psychicznego, co utrudnia zarówno wczesne rozpoznanie problemów, jak i skuteczne radzenie sobie z obniżonym nastrojem. Chociaż biologiczne uwarunkowania nie determinują jednoznacznie poziomu dobrostanu, to ich wpływ warto uwzględniać, rozpatrując je w kontekście norm społecznych i kulturowych (Krok 2015).

Normy społeczne są częścią procesu kształtowania męskiego podejścia do emocji i szczęścia. Oczekiwanie, że mężczyźni będą racjonalni, samowystarczalni i twardzi, ogranicza możliwość otwartego wyrażania trudności psychicznych. Obawa przed niezrozumieniem i stygmatyzacją sprawia, że wielu mężczyzn nieświadomie minimalizuje swoje potrzeby emocjonalne, zamiast poszukiwać wsparcia. W efekcie często skupiają się na zewnętrznych celach, takich jak sukces zawodowy czy prestiż społeczny, co nie zawsze przynosi wewnętrzną satysfakcję. Niespełnione potrzeby emocjonalne mogą prowadzić do poczucia pustki i obniżenia jakości życia, nawet jeśli na zewnątrz funkcjonują zgodnie z oczekiwaniami otoczenia (Gierańczyk i Leszczyńska, 2019).

Samoocena szczęścia, często stosowana w badaniach, może być zniekształcona przez kulturowe oczekiwania i indywidualne strategie autoprezentacji. Wychowanie w duchu tłumienia emocji sprawia, że mężczyźni rzadziej angażują się w introspekcję i mogą ignorować emocjonalne aspekty szczęścia. Skutkiem tego bywa niepełny lub zafałszowany obraz ich dobrostanu psychicznego. Aby uzyskać bardziej wiarygodne wyniki, konieczne są narzędzia diagnostyczne i metodologie uwzględniające specyfikę męskiego podejścia do emocji oraz odmienne sposoby, w jakie kobiety i mężczyźni postrzegają szczęście (Mirońska, 2016).

Zebrane dane nie wskazują jednoznacznie, że mężczyźni są mniej szczęśliwi od kobiet, ale uwypuklają bariery, które mogą utrudniać osiągnięcie pełnego dobrostanu. Tłumienie emocji, niechęć do poszukiwania wsparcia oraz społeczna presja na sukces mogą prowadzić do wypalenia wewnętrznego, nawet w obliczu zewnętrznych osiągnięć. Ważne jest, aby pogłębiać



rozumienie szczęścia poprzez aspekty autentyczności, relacji i poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego. Szersza debata społeczna na temat dobrostanu mężczyzn pozwoli na zmianę wzorców męskości, wspierając zdrowie psychiczne i rozwój emocjonalny. Dopiero w takim kontekście możliwe będzie pełniejsze zrozumienie, jak mężczyźni przeżywają szczęście i jakie czynniki rzeczywistości na nie wpływają (Chmielewska, 2013).

4.4. Strategie radzenia sobie ze stresem i zaburzeniami psychicznymi wśród mężczyzn

Strategie radzenia sobie ze stresem dzielą się na adaptacyjne i unikowe, z których każda wpływa na zdrowie psychiczne oraz długofalowe funkcjonowanie jednostki w odmienny sposób. Strategie adaptacyjne, oparte na konstruktywnym podejściu do trudności, obejmują takie działania jak analiza problemu, poszukiwanie wsparcia, planowanie kroków zaradczych czy regulacja emocji. Przyjęcie takich metod nie tylko pomaga rozwiązać sytuacje stresowe, ale również wzmacnia poczucie kontroli nad własnym życiem oraz zwiększa odporność psychiczną. Osoby stosujące strategie adaptacyjne częściej deklarują wysoki poziom dobrostanu i rzadziej doświadczają objawów lęku czy depresji. Mechanizmy te sprzyjają powrotowi do równowagi emocjonalnej po trudnych wydarzeniach, poprawiają jakość relacji międzyludzkich i umożliwiają aktywne, satysfakcjonujące uczestnictwo w różnych sferach życia (Rowiecki i Kulmatycki, 2017).

W przeciwieństwie do strategii adaptacyjnych, strategie unikowe opierają się na odsuwaniu problemu na bok, tłumieniu emocji lub kierowaniu uwagi na inne, mniej wymagające aktywności. Obejmuje to między innymi unikanie sytuacji stresujących, wycofywanie się z relacji, a także uciekanie w różne substancje psychoaktywne w celu chwilowego zmniejszenia napięcia. Choć mogą one dawać krótkotrwałe poczucie ulgi, w dłuższym okresie prowadzą do narastania frustracji, poczucia utraty kontroli oraz pogorszenia samopoczucia. Badania pokazują, że częste stosowanie unikowych strategii zwiększa ryzyko objawów depresyjnych, lękowych oraz obniża ogólną jakość życia. W ten sposób tworzy się błędne koło unikania i rosnącego napięcia emocjonalnego, które hamuje możliwość rozwiązania problemów i osłabia zdolność jednostki do adaptacji (Stańko-Kaczmarek i in., 2023).

Na wybór strategii radzenia sobie wpływa wiele czynników, takich jak cechy osobowości, wcześniejsze doświadczenia życiowe, dostępne wsparcie społeczne i aktualny poziom zasobów psychicznych. Osoby bardziej neurotyczne częściej sięgają po strategie unikowe, podczas gdy osoby o większej samoświadomości i przekonaniu o własnej



skuteczności częściej preferują adaptacyjne sposoby radzenia sobie z trudnościami. Ważny jest również kontekst sytuacyjny: w obliczu sytuacji postrzeganych jako niekontrolowalne, na przykład w przypadku ciężkiej choroby, częściej stosowane są strategie ukierunkowane na regulację emocji niż na samo rozwiązanie problemu. Równie istotne jest środowisko, w którym dana osoba dorastała – osoby wychowywane w otwartym, wspierającym otoczeniu częściej rozwijają zdolność do konstruktywnego radzenia sobie ze stresem. W związku z tym edukacja emocjonalna i trening umiejętności radzenia sobie ze stresem znajdują coraz szersze zastosowanie w profilaktyce i terapii zdrowia psychicznego (Rowiecki i Kulmatycki, 2017).

Zastąpienie nieadaptacyjnych strategii bardziej konstruktywnymi wymaga czasu, wysiłku i wsparcia terapeutycznego. Na początku konieczne jest uświadomienie sobie własnych nawykowych wzorców reagowania i ich wpływu na zdrowie psychiczne. Kolejnym krokiem jest wprowadzenie nowych strategii, które pozwalają skuteczniej zarządzać emocjami i działać w kierunku poprawy sytuacji. Terapie poznawczo-behawioralne, techniki uważności i podejścia skoncentrowane na rozwiązaniach oferują konkretne narzędzia wspierające rozwój bardziej adaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie. Takie zmiany mogą przyczynić się do lepszego samopoczucia, poprawy relacji interpersonalnych i zmniejszenia ryzyka nawrotów problemów psychicznych. W dłuższej perspektywie rozwój umiejętności konstruktywnego radzenia sobie sprzyja większej autonomii, elastyczności emocjonalnej i ogólnej satysfakcji z życia (Bojkowski, 2014).

Liczne badania wskazują, że regularna aktywność fizyczna poprawia nastrój, łagodzi objawy depresji i lęku, oraz zwiększa poziom energii i jakość snu. Ćwiczenia fizyczne, zwłaszcza rytmiczne i umiarkowane, pomagają obniżyć napięcie emocjonalne, poprawiają samoocenę i obraz ciała. Dzięki wpływowi na wydzielanie endorfin, serotoniny i dopaminy, ruch wspiera równowagę emocjonalną i poczucie kontroli nad własnym ciałem. Włączenie aktywności fizycznej do codziennego życia jest prostym i skutecznym sposobem wspierania zdrowia psychicznego i ogólnego dobrostanu. (Rutkowski, 2022).

Wsparcie społeczne jest nadrzędnym czynnikiem sprzyjającym zdrowiu psychicznemu. Osoby, które mogą liczyć na zaufanie, akceptację i wzajemność w relacjach, rzadziej doświadczają przewlekłego stresu, lepiej radzą sobie z kryzysami i są bardziej odporne na zaburzenia emocjonalne. Bliscy oferują wsparcie emocjonalne, informacyjne oraz instrumentalne, co pomaga w przetwarzaniu trudnych doświadczeń i podejmowaniu właściwych decyzji. W przypadku jego braku mogą pojawiać się wyobcowanie, bezradność i pogłębiające się problemy psychiczne. Jakość więzi z innymi wpływa również na poczucie



bezpieczeństwa i sensu życia, dlatego umacnianie relacji społecznych jest istotnym elementem prewencji problemów psychicznych i wspierania terapii (Konaszewski i in., 2023).

Terapia psychologiczna jest formą profesjonalnej pomocy, która pozwala lepiej zrozumieć własne trudności, dostrzec schematy myślenia oraz zmienić sposób funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. Dzięki różnorodnym podejściom terapeutycznym można dostosować pracę do konkretnych potrzeb pacjenta. Terapie poznawczo-behawioralne skupiają się na zmianie niekorzystnych myśli i zachowań, terapie psychodynamiczne analizują wpływ przeszłych doświadczeń, a podejścia humanistyczne podkreślają rozwój osobistego potencjału i znaczenie relacji terapeutycznej. Badania wskazują, że terapia jest skuteczna w leczeniu depresji, zaburzeń lękowych oraz problemów związanych ze stresem, relacjami czy niską samooceną. Uczestnictwo w terapii sprzyja większej samoświadomości, lepszym sposobom radzenia sobie ze stresem i wyższej jakości życia. Otwartość na terapię i jej dostępność wspierają dobrostan psychiczny, szczególnie w kontekście szybkiego tempa współczesnego życia (Stańko-Kaczmarek i in., 2023).

Zintegrowane podejście do zdrowia psychicznego, obejmujące aktywność fizyczną, wsparcie społeczne i terapię, tworzy spójny model wspierania dobrostanu. Każdy z tych elementów pełni istotną funkcję: ruch pomaga regulować emocje i poprawia ogólną kondycję, relacje społeczne budują poczucie przynależności i zrozumienia, a terapia umożliwia zrozumienie siebie i wprowadzenie pożądanych zmian. Ich wzajemne uzupełnianie się zwiększa skuteczność działań oraz szanse na długotrwałą poprawę jakości życia. W obszarze profilaktyki i leczenia problemów emocjonalnych wskazane jest uwzględnianie tych różnych aspektów oraz wspieranie stylu życia, który sprzyja równowadze fizycznej, emocjonalnej i społecznej (Rowiecki, 2017).

Złożoność podejścia mężczyzn do psychoterapii wynika z indywidualnych przekonań oraz norm społeczno-kulturowych. W społeczeństwach, gdzie męskość utożsamiana jest z niezależnością i powściągliwością emocjonalną, akceptacja potrzeby terapii bywa postrzegana jako oznaka słabości. Ujawnianie problemów wewnętrznych może być odbierane jako utrata kontroli, co wzmacnia opór przed szukaniem pomocy. Często konieczność terapii traktowana jest jako porażka, a nie świadome działanie mające na celu poprawę dobrostanu psychicznego. Takie przekonania prowadzą do opóźnienia decyzji o skorzystaniu z terapii, skutkując sytuacją, w której wielu mężczyzn zgłasza się dopiero wtedy, gdy objawy znacząco utrudniają codzienne funkcjonowanie (Trawkowska i Frąckowiak-Sochańska, 2017).

Często wskazywanymi barierami w podjęciu terapii są nie tylko obawy przed oceną, ale też ograniczona wiedza o samym procesie terapeutycznym i jego potencjalnych korzyściach.



Dla wielu mężczyzn psychoterapia pozostaje mało zrozumiałym zjawiskiem, co budzi nieufność. Utrudnieniem bywa także sposób, w jaki mówi się o zdrowiu psychicznym – często emocjonalny, bez konkretnych, logicznych wyjaśnień, co może zniechęcać tych, którzy preferują bardziej racjonalne podejście. Dodatkowo, negatywne doświadczenia z wcześniejszych prób szukania wsparcia, np. brak zrozumienia lub niedopasowanie do potrzeb, mogą utwierdzać przekonanie, że terapia nie jest skuteczna, ani dostosowana do specyfiki problemów mężczyzn (Ciesielska i Śliwerski, 2024).

Pomimo licznych barier, wielu mężczyzn podejmuje decyzję o rozpoczęciu terapii, kierując się różnymi motywacjami. Wśród najczęściej wymienianych znajdują się przewlekłe trudności psychiczne, które negatywnie odbijają się na pracy, relacjach rodzinnych czy zdrowiu fizycznym. Często bodźcem jest sytuacja kryzysowa, np. rozpad związku, utrata pracy czy choroba, która skłania do poszukiwania profesjonalnego wsparcia. Niektórzy mężczyźni przychodzą na terapię za namową partnerki, rodziny lub lekarza, a po podjęciu tej decyzji zaczynają dostrzegać wartość procesu terapeutycznego i decydują się go kontynuować. Coraz większy wpływ na pozytywne postrzeganie terapii mają też rzetelne źródła informacji oraz kampanie społeczne, które przedstawiają ją nie tylko jako formę leczenia, ale także jako skuteczne narzędzie rozwoju (Badura-Brzoza i in., 2023).

Motywacją do terapii może być także potrzeba zrozumienia własnych schematów działania, uporządkowania myśli czy poprawy jakości relacji interpersonalnych. Wielu mężczyzn szuka w terapii przestrzeni, w której mogą bez obaw wyrażać emocje i przemyślenia, co często bywa trudne w codziennych sytuacjach. Dla części z nich spotkanie z terapeutą jest pierwszą okazją do głębszej refleksji nad własnymi potrzebami, oczekiwaniami i sposobami reagowania. Wraz z postępem terapii pojawia się większa otwartość i zrozumienie, że ten proces może nie tylko nie przeczyć tożsamości męskiej, ale wręcz ją wzbogacać. Osoby początkowo sceptyczne wobec terapii często z czasem doceniają jej efekty w postaci zwiększonej samoświadomości i lepszego funkcjonowania emocjonalnego (Załużka, 2015).

Promowanie modeli terapeutycznych dostosowanych do męskich potrzeb komunikacyjnych i emocjonalnych może znacząco zwiększyć ich akceptowalność. Wykorzystanie języka opartego na konkretach, ukierunkowanego na działanie i praktyczne rozwiązania, pomaga lepiej dopasować proces terapeutyczny do oczekiwań mężczyzn. Refleksja nad wpływem norm płciowych na przebieg terapii pozwala terapeutce stworzyć bardziej odpowiednią formę wsparcia, która odpowiada zarówno na indywidualne, jak i kulturowe uwarunkowania pacjenta. Zmiana społecznego dyskursu na temat męskości oraz otwartość na poszukiwanie wsparcia psychologicznego nie są przejawami słabości, lecz



świadomą decyzją o trosce o własne zdrowie psychiczne i jakość życia (Badura-Brzoza i in., 2023).



Rozdział 5. Metodologia badań własnych

5.1. Cel i problematyka badań

Celem niniejszej pracy jest zbadanie zależności między nasileniem objawów depresyjnych i poziomem lęku a poziomem satysfakcji z życia wśród mężczyzn. Praca koncentruje się na analizie, w jakim stopniu czynniki te są ze sobą powiązane oraz czy nasilenie objawów depresyjnych i poziom lęku negatywnie korelują z subiektywnie ocenianym dobrostanem. Badania te są istotne w kontekście rosnącej świadomości problematyki zdrowia psychicznego mężczyzn oraz stereotypów dotyczących ich emocjonalności i radzenia sobie z trudnymi stanami psychicznymi.

Współczesna literatura wskazuje, że depresja i lęk należą do najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych i mają istotny wpływ na funkcjonowanie jednostki w różnych sferach życia (Kessler i in., 2005). W przypadku mężczyzn problem ten może być szczególnie istotny, ponieważ normy społeczne oraz uwarunkowania kulturowe często mogą wpływać na ich sposób wyrażania emocji oraz zgłaszania trudności psychicznych. Badania wskazują, że mężczyźni rzadziej korzystają z pomocy specjalistów zdrowia psychicznego, co może prowadzić do nasilenia objawów depresyjnych oraz lękowych, a w konsekwencji do obniżenia poziomu satysfakcji z życia (Seidler i in., 2016).

W ramach niniejszego badania zostanie podjęta próba odpowiedzi na pytania dotyczące charakteru związku pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych, poziomem lęku a poziomem satysfakcji z życia. Szczególnie istotne będzie określenie, czy mężczyźni z wyższym nasileniem objawów depresyjnych i wyższym poziomem lęku charakteryzują się niższym subiektywnym dobrostanem, a także czy poziom satysfakcji z życia może być moderowany przez czynniki demograficzne, takie jak wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania.

Przedmiotem badania jest zatem analiza korelacji między trzema zmiennymi: nasileniem objawów depresyjnych (mierzone Inwentarzem Depresji Becka – BDI-II), poziomem lęku jako stanu i cechy (mierzone Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku – STAI) oraz poziomem satysfakcji z życia (ocenianym za pomocą Skali Satysfakcji z Życia – SWLS). Uzyskane wyniki mogą dostarczyć cennych informacji na temat kondycji psychicznej badanej grupy mężczyzn oraz wskazać potencjalne kierunki interwencji psychologicznych mających na celu poprawę ich dobrostanu.



5.2. Hipotezy badawcze

W niniejszym badaniu postawiono pytanie badawcze:

P₀: Czy istnieje zależność pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych, poziomem lęku a poziomem satysfakcji z życia wśród mężczyzn?

Dodatkowo, w pracy podjęto próbę zbadania, czy niektóre zmienne socjodemograficzne (takie jak wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy status związku) różnicują poziom odczuwanej satysfakcji z życia, nasilenie objawów depresyjnych oraz poziom lęku. W oparciu o pytanie badawcze sformułowano następujące hipotezy:

- **H₀**: Istnieje zależność pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych, poziomem lęku a poziomem satysfakcji z życia wśród mężczyzn.
- **H₁**: Mężczyźni charakteryzują się minimalnym nasileniem objawów depresyjnych, niskim poziomem lęku jako stan oraz wysokim poziomem satysfakcji z życia.
- **H₂**: Mężczyźni charakteryzują się łagodnym nasileniem objawów depresyjnych, niskim poziomem lęku jako cecha oraz wysokim poziomem satysfakcji z życia.
- **H₃**: Mężczyźni charakteryzują się umiarkowanym nasileniem objawów depresyjnych, wysokim poziomem lęku jako stan oraz niskim poziomem satysfakcji z życia.
- **H₄**: Mężczyźni charakteryzują się znacznym nasileniem objawów depresyjnych, średnim poziomem lęku jako cecha oraz przeciętnym poziomem satysfakcji z życia.

Postawiono także hipotezy dotyczące zmiennych socjodemograficznych:

- **H₅**: Młodszy mężczyźni charakteryzują się większą satysfakcją z życia niż mężczyźni starsi.
- **H₆**: Mężczyźni mieszkający w mniejszych miejscowościach charakteryzują się mniejszą satysfakcją z życia niż mężczyźni mieszkający w większych miejscowościach.
- **H₇**: Mężczyźni żyjący w relacji (formalnej lub nieformalnej) charakteryzują się większą satysfakcją z życia niż kawalerowie, wdowcy i rozwodnicy.
- **H₈**: Ojcowie charakteryzują się większą satysfakcją z życia niż mężczyźni nieposiadający potomstwa.
- **H₉**: Mężczyźni uzależnieni charakteryzują się niższą satysfakcją z życia niż mężczyźni wolni od uzależnień.



- **H₁₀**: Mężczyźni aktywni zawodowo charakteryzują się większą satysfakcją z życia niż mężczyźni nieaktywni zawodowo (bezrobotni, emeryci i renciści).
- **H₁₁**: Mężczyźni o wyższym stażu pracy charakteryzują się wyższą satysfakcją z życia niż mężczyźni o niższym stażu pracy.
- **H₁₂**: Mężczyźni z wyższym wykształceniem charakteryzują się wyższą satysfakcją z życia niż mężczyźni bez wyższego wykształcenia.

Tak postawione hipotezy umożliwią określenie wzorców zależności między zmiennymi, co może przyczynić się do lepszego zrozumienia mechanizmów wpływających na dobrostan psychiczny mężczyzn oraz wskazać potencjalne obszary interwencji psychologicznych.

W badaniu analizowana jest zależność pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych, poziomem lęku a poziomem satysfakcji z życia wśród mężczyzn. Hipoteza zerowa (H_0) zakłada, że istnieje ogólna zależność między tymi zmiennymi.

Hipoteza pierwsza (H_1) przewiduje, że mężczyźni z minimalnym nasileniem objawów depresyjnych oraz niskim poziomem lęku jako stan wykazują wysoki poziom satysfakcji z życia. Badanie tej hipotezy pozwoli sprawdzić, czy brak istotnych objawów depresyjnych oraz niskie natężenie lęku jako stanu mają pozytywny wpływ na dobrostan psychiczny.

Hipoteza druga (H_2) dotyczy mężczyzn, którzy charakteryzują się łagodnym nasileniem objawów depresyjnych oraz niskim poziomem lęku jako cecha. Badanie ma zweryfikować, czy taki profil emocjonalny również wiąże się z wysokim poziomem satysfakcji z życia, czy też nawet łagodne objawy depresji i niski poziom lęku-cechy mogą mieć negatywny wpływ na dobrostan.

Hipoteza trzecia (H_3) zakłada, że mężczyźni z umiarkowanym nasileniem objawów depresyjnych i wysokim poziomem lęku jako stan będą charakteryzowali się niskim poziomem satysfakcji z życia. Weryfikacja tej hipotezy pozwoli określić, czy wzrastające nasilenie depresji i lęku jako stanu koreluje ze spadkiem subiektywnego dobrostanu.

Hipoteza czwarta (H_4) koncentruje się na mężczyznach, u których występuje znaczne nasilenie objawów depresyjnych oraz średni poziom lęku jako cecha. Badanie tej grupy pozwoli ocenić, czy nawet przy znaczących objawach depresyjnych i średnim natężeniem lęku, poziom satysfakcji z życia pozostaje na przeciętnym poziomie, czy też obniża się wyraźnie.



Przeprowadzenie badania i próba weryfikacji postawionych hipotez pozwoli na określenie wzorców zależności między zmiennymi, co może przyczynić się do lepszego zrozumienia mechanizmów wpływających na dobrostan psychiczny mężczyzn oraz wskazać potencjalne obszary dla oddziaływań psychologicznych.

5.3. Metody i narzędzia badawcze:

W niniejszym badaniu wykorzystano trzy narzędzia psychometryczne, które pozwalają na kompleksową ocenę kluczowych aspektów zdrowia psychicznego mężczyzn, takich jak nasilenie objawów depresyjnych, poziom lęku oraz subiektywna satysfakcja z życia. Narzędzia te, Inwentarz Depresji Becka – Wydanie drugie (BDI-II), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Skala Satysfakcji z Życia (SWLS), zostały wybrane z uwagi na ich wysoką trafność i rzetelność, a także powszechne zastosowanie w badaniach nad zdrowiem psychicznym.

Inwentarz Depresji Becka – Wydanie drugie (BDI-II) jest jednym z najbardziej uznanych narzędzi do pomiaru nasilenia objawów depresyjnych, umożliwiającym określenie stopnia zaawansowania depresji w populacji dorosłych. Inwentarz STAI pozwala na ocenę dwóch wymiarów lęku: lęku jako stanu, czyli chwilowego odczucia napięcia, oraz lęku jako cechy, stanowiącej trwałą tendencję do reagowania lękiem w różnych sytuacjach. Ostatnim z narzędzi, które zostało wykorzystane w badaniu, jest Skala Satysfakcji z Życia (SWLS), która ocenia subiektywną satysfakcję z życia, stanowiąc ważny wskaźnik dobrostanu psychicznego badanych mężczyzn.

Każde z tych narzędzi zostało starannie dobrane, aby zapewnić kompleksową analizę psychologiczną badanej grupy i umożliwić precyzyjne weryfikowanie postawionych hipotez badawczych, przy jednoczesnym zachowaniu względnej prostoty badania.

5.3.1 Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – Second Edition, BDI-II), autorzy: Aaron T. Beck, Robert A. Steer i Gregory K. Brown

Inwentarz Depresji Becka – Wydanie drugie (Beck Depression Inventory – Second Edition, BDI-II) to jedno z najczęściej stosowanych narzędzi psychometrycznych służących do oceny nasilenia objawów depresyjnych. Ta wersja inwentarza została opracowana w 1996 roku przez Aarona T. Becka, Roberta A. Steera i Gregory'ego K. Browna jako rewizja oryginalnego inwentarza BDI z roku 1961 i uwzględnia zmiany w kryteriach diagnostycznych zaburzeń



depresyjnych zawartych w DSM-IV. Narzędzie to znajduje szerokie zastosowanie zarówno w praktyce klinicznej (diagnoza i monitorowanie leczenia depresji), jak i w badaniach naukowych, umożliwiając ilościowy pomiar natężenia objawów depresyjnych wśród różnych grup populacyjnych (Wang & Gorenstein, 2013).

BDI-II jest kwestionariuszem samoopisowym składającym się z 21 pozycji, z których każda odnosi się do jednego z objawów depresyjnych. Pozycje podzielone są na 4 kategorie: objawy somatyczne (fizyczne, np. zmęczenie), objawy afektywne (emocjonalne, np. obniżony nastrój), objawy poznawcze (np. poczucie winy), objawy wegetatywne (dotyczą zmian zaobserwowanych w obszarze snu i apetytu). Przeznaczony jest do badania osób w wieku od 13 do 80 lat. Czas badania wynosi za zwyczaj poniżej 10 minut. Osoba badana ocenia nasilenie każdego objawu w ciągu ostatnich dwóch tygodni, wybierając jedną z czterech odpowiedzi, które są punktowane od 0 do 3. Sumaryczny wynik może wynosić od 0 do 63 punktów, a interpretacja wyników przebiega według następujących przedziałów:

- 0–13 punktów – brak lub minimalne nasilenie objawów depresyjnych,
- 14–19 punktów – łagodne nasilenie objawów depresyjnych,
- 20–28 punktów – umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych,
- 29–63 punktów – znaczne nasilenie objawów depresyjnych (Beck i in., 1996).

Wysoka rzetelność oraz trafność narzędzia sprawiają, że BDI-II jest powszechnie stosowany w badaniach nad depresją, a także w procesie monitorowania skuteczności interwencji terapeutycznych (Wang & Gorenstein, 2013).

W Polsce adaptacja Inwentarza Depresji Becka – Wydanie drugie została przeprowadzona przez zespół psychologów: Emilię Łojek i Joannę Stańczak. Ich praca polegała na przetłumaczeniu, adaptacji kulturowej oraz przeprowadzeniu badań normalizacyjnych i walidacyjnych, aby zapewnić rzetelność i trafność narzędzia w polskich warunkach klinicznych i badawczych. Adaptacja ta została opublikowana przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (PTP) i jest dostępna dla uprawnionych specjalistów. Dodatkowo, istotny wkład w ocenę psychometryczną polskiej wersji BDI-II wniósł zespół badaczy w składzie: Bogdan Zawadzki, Agnieszka Popiel, Ewa Pragłowska. Badania nad polską wersją narzędzia wykazały wysoką rzetelność w grupie chorych na depresję (alfa Cronbacha = 0,93) jak i dla całej próby normalizacyjnej (alfa Cronbacha = 0,91) oraz dobrą stabilność pomiaru w czasie ($r = 0,86$ dla test-retest po dwóch tygodniach). Analiza



czynnikowa potwierdziła dwuwymiarową strukturę inwentarza, obejmującą komponenty afektywno-kognitywne (emocji i myśli) oraz somatyczne (objawy fizyczne depresji). Wyniki te wskazują na dobrą trafność teoretyczną narzędzia oraz jego przydatność w badaniach przesiewowych i naukowych (Zawadzki i in., 2009).

W niniejszym badaniu BDI-II został wykorzystany do oceny nasilenia objawów depresyjnych w grupie 100 mężczyzn. Uzyskane wyniki pozwolą określić stopień nasilenia objawów w badanej grupie oraz umożliwią analizę zależności między depresją, poziomem lęku a satysfakcją z życia. Dzięki wysokiej rzetelności i trafności inwentarza możliwe będzie uzyskanie wiarygodnych wyników, które posłużą do weryfikacji postawionych hipotez badawczych.

5.3.2 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory - STAI), autorzy: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch i R. E. Lushene

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) to narzędzie psychometryczne opracowane przez C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha i R. E. Lushene w 1970 roku, mające na celu pomiar dwóch aspektów lęku: lęku jako stanu (State Anxiety) oraz lęku jako cechy (Trait Anxiety) (Spielberger i in., 1970). Autorami polskiej adaptacji testu są C. D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk i K. Wrześniewski.

STAI składa się z dwóch 20-pozycyjnych skal (łącznie 40 pozycji):

- Skala X-1: mierzy lęk jako stan, czyli chwilowe, przejściowe uczucie napięcia i niepokoju, które może zmieniać się w zależności od sytuacji.
- Skala X-2: ocenia lęk jako cechę, czyli względnie stałą predyspozycję jednostki do odczuwania lęku w różnych sytuacjach.

Wypełnienie ankiety zajmuje najczęściej do 20 minut. Respondenci odpowiadają na każdą pozycję, wybierając jedną z czterech możliwych odpowiedzi w skali Likerta punktowanych od 0 do 3, co pozwala na uzyskanie wyników odzwierciedlających nasilenie odczuwanego lęku. (Spielberger i in., 1983)



STAI jest szeroko stosowany zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej. Umożliwia ocenę poziomu lęku u osób dorosłych, co jest istotne w diagnozie zaburzeń lękowych, monitorowaniu efektów terapii oraz w badaniach nad stresem i emocjami. Skala X-1 jest szczególnie przydatna w badaniach eksperymentalnych wymagających rejestrowania zmian nasilenia lęku w odpowiedzi na różne bodźce, natomiast skala X-2 służy do identyfikacji osób o skłonnościach do reagowania lękiem w różnych sytuacjach.

Badania nad właściwościami psychometrycznymi STAI wskazują na wysoką zgodność wewnętrzną obu skal, co świadczy o ich rzetelności. Stabilność bezwzględna, zwłaszcza skali X-1, jest nieco niższa, co może wynikać z natury mierzonego konstrukt – lęk jako stan jest zmienny i zależny od sytuacji. Analizy potwierdzają również trafność narzędzia w pomiarze zamierzonych aspektów lęku. Test przeznaczony jest dla osób w wieku od 15 do 79 lat. (Sosnowski i in, 2011).

STAI został znormalizowany na różnych populacjach, co pozwala na interpretację wyników w odniesieniu do odpowiednich grup wiekowych i demograficznych. Dzięki temu możliwe jest precyzyjne określenie poziomu lęku u badanej osoby na tle populacji.

5.3.3 Skala Satysfakcji z Życia (Satisfaction with Life Scale - SWLS), autorzy: Edward F. Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen i Sharon S. Griffin

Skala Satysfakcji z Życia (Satisfaction with Life Scale - SWLS) to jedno z najczęściej stosowanych narzędzi psychometrycznych w badaniach nad subiektywnym dobrostanem, które mierzy ogólną satysfakcję z życia badanej osoby. Skala została opracowana przez Edwarda F. Dienera, Roberta A. Emmonsa, Randy'ego J. Larsena i Sharon S. Griffin w 1985 roku (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Celem SWLS jest ocena, w jakim stopniu osoba ocenia swoje życie jako całość, niezależnie od poszczególnych aspektów, takich jak zdrowie, praca, relacje interpersonalne czy sytuacja materialna. Autorem polskiej adaptacji narzędzia jest Zygfryd Juczyński, a samo narzędzie jest częścią zbioru Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia – druga edycja (2009). Wykonanie badania zajmuje zwykle około 2 minut.

Skala Satysfakcji z Życia składa się z 5 pozycji, na które respondent odpowiada, wybierając jedną z 7 możliwych odpowiedzi: "zupełnie nie zgadzam się" (1), „nie zgadzam się” (2), „raczej nie zgadzam się” (3), „ani się zgadzam ani nie zgadzam” (4), „raczej zgadzam się”



(5), „zgadzam się” (6), „całkowicie zgadzam się” (7). Poszczególne pytania dotyczą ogólnych ocen życiowych i obejmują kwestie takie jak ogólne poczucie zadowolenia z życia, spełnienia, oraz ogólnych oczekiwań wobec przyszłości.

Skala Satysfakcji z Życia jest powszechnie stosowana w badaniach psychologicznych oraz klinicznych jako narzędzie do oceny subiektywnego poczucia dobrostanu. SWLS jest użyteczna nie tylko w badaniach naukowych, ale również w praktyce psychologicznej, szczególnie w diagnozowaniu i monitorowaniu zmian w poziomie satysfakcji z życia u osób z różnymi problemami zdrowotnymi, emocjonalnymi, czy społecznymi (Pavot & Diener, 1993).

Wyniki uzyskane za pomocą SWLS mogą wskazywać na ogólny poziom zadowolenia z życia danej osoby, co stanowi ważny element w ocenie zdrowia psychicznego i dobrostanu. W kontekście badań nad depresją, lękiem czy innymi zaburzeniami psychicznymi, SWLS pozwala na uchwycenie ogólnej jakości życia jednostki, która może być bezpośrednio związana z poziomem nasilenia objawów chorobowych.

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) jest narzędziem o wysokiej trafności i rzetelności. W badaniach psychometrycznych wykazuje wysoką spójność wewnętrzną, co oznacza, że wszystkie pozycje skali mierzą ten sam konstrukt – ogólną satysfakcję z życia. Współczynniki alfa Cronbacha, wskazujące na wewnętrzną spójność skali, wahają się od 0,82 do 0,87 w różnych populacjach, co świadczy o jej wysokiej niezawodności (Pavot & Diener, 1993).

Dodatkowo, skala wykazuje również wysoką trafność zewnętrzną, co oznacza, że wyniki SWLS są dobrze skorelowane z innymi miarami subiektywnego dobrostanu, takimi jak Skala Pozytywnego i Negatywnego Stanu Emocjonalnego (PANAS) oraz inne narzędzia mierzące szczęście i zadowolenie z życia (Diener, 2000).

Wyniki uzyskane z SWLS interpretowane są na podstawie uzyskanych punktów. Maksymalna liczba punktów to 35 (w przypadku, gdy respondent zgadza się ze wszystkimi pozycjami w skali). Wyniki w granicach od 31 do 35 punktów sugerują bardzo wysoką satysfakcję z życia, od 26 do 30 punktów wskazują na ogólnie pozytywną ocenę życia, a wyniki poniżej 15 punktów mogą sugerować niski poziom satysfakcji z życia, co może być związane z objawami depresyjnymi lub innymi problemami emocjonalnymi.

W badaniu do niniejszej pracy, SWLS stanowi ważne narzędzie do oceny subiektywnego dobrostanu badanych mężczyzn, w kontekście ich poziomu nasilenia objawów



depresyjnych oraz lęku. Skala pozwala na uchwycenie ogólnego obrazu satysfakcji z życia, co jest kluczowe w kontekście analizy zależności między poziomem lęku, depresji i ogólnym poczuciem jakości życia.

Skala Satysfakcji z Życia jest także pomocna w ocenie efektywności interwencji psychologicznych, w tym terapii, których celem jest poprawa jakości życia pacjentów i ich ogólnego dobrostanu. Wysokie wyniki w tej skali mogą sugerować, że badana osoba osiąga pozytywne zmiany w życiu, podczas gdy niższe wyniki mogą wskazywać na potrzebę dalszej pracy nad zwiększeniem satysfakcji z życia.

5.4 Charakterystyka próby badawczej

Badanie zostało przeprowadzone na grupie 100 mężczyzn, z różnych grup wiekowych, o różnym statusie cywilnym, edukacyjnym i zawodowym, w celu analizy nasilenia objawów depresyjnych, lęku oraz satysfakcji z życia. W celu uzyskania rzetelnych i reprezentatywnych wyników, do metryczki badawczej wprowadzono szereg zmiennych demograficznych, społecznych i zawodowych. Zmienne te miały na celu lepsze zrozumienie kontekstu społeczno-ekonomicznego badanych oraz umożliwienie analizy wpływu poszczególnych cech charakterystycznych na wyniki uzyskane w skali oceny depresji, lęku i satysfakcji z życia.

Wiek uczestników badania został uwzględniony w metryczce w celu uzyskania przekrojowego obrazu różnych grup wiekowych, co umożliwiło analizę ewentualnych różnic w poziomie lęku, depresji oraz satysfakcji z życia w zależności od wieku. Uczestnicy badania zostali podzieleni na grupy wiekowe. Dokładny podział wiekowy pozwolił na zrozumienie, jak te zmienne mogą wpływać na wyniki uzyskane w badaniach psychologicznych, szczególnie w kontekście badań nad zdrowiem psychicznym mężczyzn.

Miejsce zamieszkania uczestników badania miało na celu identyfikację ewentualnych różnic w poziomie lęku, depresji i satysfakcji z życia związanych z typem miejscowości, w której uczestnicy mieszkają. Uczestnicy zostali podzieleni na trzy grupy według liczby mieszkańców miejscowości: do 40 tys. mieszkańców, od 41 tys. do 100 tys. mieszkańców oraz powyżej 100 tys. mieszkańców. Taki podział umożliwia uwzględnienie wpływu wielkości miejscowości na doświadczenia związane ze stresem, poczuciem izolacji czy dostępnością wsparcia społecznego, co może mieć znaczący wpływ na zdrowie psychiczne.



Stan cywilny uczestników badania stanowił ważną zmienną, która mogła wpływać na poziom odczuwanego lęku i depresji, a także na satysfakcję z życia. Badani zostali podzieleni na następujące kategorie: kawaler, w nieformalnym związku, żonaty, wdowiec oraz rozwodnik. Stan cywilny może mieć istotny wpływ na emocje, poczucie bezpieczeństwa oraz społeczną i emocjonalną stabilność, co jest szczególnie ważne w kontekście analizy problemów zdrowia psychicznego.

Zmienne dotyczące posiadania dzieci pozwoliły na ocenę wpływu rodzicielstwa na poziom stresu oraz satysfakcję z życia uczestników. Uczestnicy zostali podzieleni na cztery grupy: bezdziećni, mający jedno dziecko, dwoje oraz troje lub więcej dzieci. Posiadanie potomstwa może wpływać na codzienny stres, zmniejszenie czasu na odpoczynek, a także na ogólną satysfakcję z życia, szczególnie w kontekście równoważenia obowiązków rodzinnych z życiem zawodowym.

Poziom wykształcenia uczestników badania jest istotnym czynnikiem, który może wpływać na zdolność do radzenia sobie z wyzwaniami życiowymi oraz poczucie satysfakcji z życia. Uczestnicy badania zostali podzieleni na następujące kategorie: podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie oraz wyższe. Poziom wykształcenia może być powiązany z poziomem zarobków, dostępem do zasobów psychologicznych, a także z poczuciem spełnienia zawodowego, co może przekładać się na zdrowie psychiczne.

Sytuacja zawodowa badanych była istotnym czynnikiem w kontekście analizy lęku oraz satysfakcji z życia. Zmienna ta została podzielona na następujące grupy: uczeń/student, osoba pracująca zawodowo, emeryt, rencista oraz bezrobotny. Status zawodowy ma duży wpływ na poziom stresu, poczucie stabilności finansowej oraz ogólną satysfakcję z życia, dlatego również ta zmienna została uwzględniona w metryczce badania.

Staż pracy stanowi zmienną, która może wiązać się z poczuciem stabilności zawodowej oraz spełnienia zawodowego. Uczestnicy badania zostali podzieleni na grupy w zależności od liczby lat pracy: 0-5 lat, 6-10 lat, 11-15 lat, 16-20 lat oraz 21 i więcej lat. Dłuższy staż pracy może wiązać się z większym doświadczeniem zawodowym i poczuciem stabilności, ale także z wyzwaniami związanymi z wypaleniem zawodowym.

Zmienna dotycząca uzależnienia miała na celu uchwycenie potencjalnego wpływu na zdrowie psychiczne badanych osób. W tej kategorii uczestnicy zostali podzieleni na dwie



grupy: osoby uzależnione oraz osoby, które nie są uzależnione. Dodatkowo, pytanie o rodzaj uzależnienia było pytaniem wielokrotnego wyboru, obejmującym uzależnienie od alkoholu, nikotyny, narkotyków, leków oraz inne uzależnienia. Uzależnienia mają wpływ na zdrowie psychiczne, a ich obecność może prowadzić do zwiększenia poziomu lęku i depresji, a także obniżenia satysfakcji z życia.

Próba badawcza obejmowała zróżnicowaną grupę mężczyzn pod względem wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, sytuacji zawodowej oraz innych zmiennych, co pozwoliło na uzyskanie bardziej kompleksowego obrazu badanych zjawisk. Podział na kategorie w każdej zmiennej demograficznej umożliwił analizę różnic pomiędzy grupami oraz zbadanie, jak poszczególne cechy mogą wpływać na nasilenie objawów depresyjnych, lęku oraz ogólną satysfakcję z życia.

5.5 Procedura badawcza

Badanie zostało przeprowadzone w formie testu online, co umożliwiło zebranie danych w sposób wygodny i anonimowy. W procesie rekrutacji do badania wzięli udział wyłącznie mężczyźni, którzy spełniali kryterium pełnoletności. Aby zapewnić rzetelność wyników, dostęp do testu został ograniczony wyłącznie do osób, które zadeklarowały spełnienie wymogu wieku, co zostało podkreślone na etapie zapisu do badania.

Przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariusza, każdy z uczestników został poinformowany o celu badania, a także o zapewnieniu pełnej anonimowości udziału w badaniu. Badani zostali uprzedzeni, że udział w badaniu jest dobrowolny, a odpowiedzi będą wykorzystywane wyłącznie w celach naukowych. Ponadto, uczestnikom gwarantowano, że nie będą oni informowani o indywidualnych wynikach badania, co miało na celu zminimalizowanie wpływu wyniku na ich dalsze zachowanie i odpowiedzi.

W celu umożliwienia uczestnikom pełnej swobody w wypełnianiu testu, nie został określony limit czasowy. Każdy mężczyzna mógł rozwiązać test w dowolnym czasie, co miało na celu zredukowanie presji czasowej i zapewnienie warunków sprzyjających rzetelnemu udzieleniu odpowiedzi. Uczestnicy mogli poświęcić tyle czasu, ile uznali za niezbędne, co pozwoliło im na dokładne zapoznanie się z treścią pytań oraz refleksję nad udzielanymi odpowiedziami.



Wszystkie odpowiedzi były zbierane w sposób anonimowy, co miało na celu zagwarantowanie uczestnikom poczucia bezpieczeństwa oraz zminimalizowanie ryzyka wpływu społecznego na udzielane odpowiedzi. Anonimowość stanowiła kluczowy element procedury badawczej, zapewniając uczestnikom komfort psychiczny i umożliwiając uzyskanie autentycznych wyników, wolnych od wpływów społecznych czy oceny.

Przeprowadzona procedura badawcza była zgodna z zasadami etycznymi dotyczącymi anonimowości i dobrowolności udziału w badaniu, a także sprzyjała uzyskaniu rzetelnych wyników, dzięki umożliwieniu uczestnikom swobodnego rozwiązywania testu w komfortowych warunkach.



Rozdział 6. Analiza wyników badań własnych

6.1 Prezentacja wyników badań

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 29. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Shapiro-Wilka, analizę częstości, analizy korelacji r Pearsona i ρ Spearmana, test t Studenta dla prób niezależnych, jednoczynnikową analizę wariancji, test Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa oraz analizę regresji liniowej. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano $\alpha = 0,05$.

6.1.1 Statystyki opisowe

W pierwszym kroku analizy sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych wykorzystanych w pracy własnej. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka badającym normalność rozkładu (tabela 1).

Tabela 1 Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Shapiro-Wilka

Zmienna zależna	M	Me	SD	$Sk.$	$Kurt.$	$Min.$	$Maks.$	W	p
Poziom depresji	17,23	16,00	14,93	0,95	0,65	0,00	61,00	0,90	<0,001
Lęk jako stan	49,74	51,00	17,18	-0,16	-1,12	20,00	80,00	0,95	0,001
Lęk jako cecha	51,25	50,00	13,71	-0,15	-0,96	25,00	77,00	0,96	0,005
Satysfakcja z życia	19,69	18,00	8,40	0,31	-1,14	5,00	35,00	0,93	<0,001

Adnotacja. M - średnia; Me - mediana; SD - odchylenie standardowe; $Sk.$ - skośność; $Kurt.$ - kurtoza; $Min.$ - wartość minimalna; $Maks.$ - wartość maksymalna; W - wynik testu Shapiro-Wilka; p - wartość p dla testu Shapiro-Wilka.
 Źródło: opracowani własne

Wynik testu Shapiro-Wilka w przypadku wszystkich wprowadzonych zmiennych okazał się istotny statystycznie, co sugeruje, że ich rozkłady istotnie odbiegały od rozkładu normalnego. Należy jednak zwrócić uwagę, że skośność rozkładu tych zmiennych nie przekraczała umownej wartości bezwzględnej równej 1, co oznacza, że rozkłady te były asymetryczne w nieznacznym stopniu (George, Mallery, 2019). Biorąc również pod uwagę centralne twierdzenie graniczne, które zakłada, że niezależnie od rozkładu danej cechy w populacji, przy losowych i niezależnych pomiarach dokonanych w jej obrębie, rozkład próbkowania będzie zbliżony do normalnego przy próbie liczącej przynajmniej 30 osób, uznano za zasadne przeprowadzenie analizy w oparciu o testy parametryczne, o ile pozostałe założenia dla tych testów zostały spełnione.



6.1.2 Poziom depresji i lęku oraz satysfakcja z życia badanych mężczyzn

Następnie analizie poddano nasilenie poziomu depresji, lęku jako cechy i lęku jako stanu oraz satysfakcji z życia badanych mężczyzn. W tym celu, wyniki uzyskane przez respondentów na skalach do pomiaru poziomu lęku i satysfakcji z życia zostały przeliczone na wyniki znormalizowane (steny) oraz przyporządkowane do trzech przedziałów odpowiadających jakościowej interpretacji skali stenowej: niskiego, przeciętnego i wysokiego nasilenia danej cechy. Przyjęto, że niski poziom nasilenia danej cechy prezentowały osoby, które uzyskały wyniki w granicach od 1 do 4 stena, przeciętny poziom to wyniki pomiędzy 5 a 6 stenem, natomiast wartości w granicach 7 – 10 stena potraktowano jako wysokie nasilenie danej cechy. Wyniki w podziale na poszczególne przedziały (wyniki niskie, przeciętne, wysokie) wraz z podstawowymi statystykami opisowymi wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2 Poziom lęku i satysfakcji z życia badanych mężczyzn - interpretacja jakościowa oraz podstawowe statystyki opisowe wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane badanych zmiennych

Zmienna	Niskie wyniki		Przeciętne wyniki		Wysokie wyniki		M	Me	SD	Min.	Maks.
	N	%	N	%	N	%					
Lęk jako stan	25	24,8%	14	13,9%	62	61,4%	6,87	8,00	3,00	1,00	10,00
Lęk jako cecha	19	18,8%	13	12,9%	69	68,3%	7,30	8,00	2,77	1,00	10,00
Satysfakcja z życia	49	48,5%	18	17,8%	34	33,7%	5,30	5,00	2,30	1,00	10,00

Adnotacja. N – liczba obserwacji, M - średnia; Me - mediana; SD - odchylenie standardowe; Min. - wartość minimalna; Maks. - wartość maksymalna.

Źródło: opracowani własne

Analiza podstawowych statystyk opisowych wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane wykazała, że poziom satysfakcji z życia badanych osób oscylował w granicach od niskiego do wysokiego (1-10 sten), a średni wynik wynosił 5,30 stena przy odchyleniu standardowym równym 2,30. Ponadto, na podstawie wyników analizy częstości stwierdzono, że największą grupę w badanej próbie stanowiły osoby z niską satysfakcją z życia (48,5% badanej próby) a najmniejszą – z przeciętną satysfakcją z życia (17,8% z próby). Rozkład wyników wskazuje na niewielką liczbę osób o przeciętnym poziomie satysfakcji z życia, przy jednoczesnej przewadze wyników skrajnych – szczególnie niskich. Może to sugerować, że w badanej próbie satysfakcja z życia nie rozkłada się równomiernie, a badani częściej doświadczają jej niskiego lub wysokiego poziomu



Na podstawie wyników przeliczonych ze skali do pomiaru lęku jako stanu i lęku jako cechy stwierdzono, że średni poziom lęku jako stanu badanych osób był podwyższony ($M = 6,87$; $SD = 3,00$), a wyniki oscylowały w granicach od niskich (1 sten) do wysokich (10 sten). W grupie dominowały osoby z wysokim poziomem lęku jako stanu (61,4%), a jedynie 14 osób charakteryzowało się przeciętnym nasileniem tej cechy (13,9%). Analiza nasilenia lęku jako cechy wykazała, że wyniki oscylowały od niskich (1 sten) do wysokich (10 sten), a średni poziom odpowiadał jego podwyższonemu nasileniu ($M = 7,30$; $SD = 2,77$). Analiza częstości wykazała ponadto, że najwięcej osób charakteryzowało się wysokimi wynikami w zakresie analizowanej zmiennej – 68,3%. Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że poziom zarówno lęku jako cechy, jak i lęku jako stanu w badanej próbie był podwyższony, a rozkład wyników ponownie charakteryzował się przewagą wartości skrajnych przy niewielkiej liczbie wyników przeciętnych.

Celem analizy poziomu depresji w badanej próbie, wyniki surowe uzyskane przez mężczyzn na tej skali zostały odniesione do następujących kryteriów interpretacyjnych: dla wartości od 0 do 11 punktów przyjmowano brak objawów zaburzeń depresyjnych lub minimalne nasilenie objawów depresyjnych, dla wartości od 12 do 19 punktów wyniki interpretowano jako depresję łagodną, wartości od 20 do 25 punktów traktowano jako umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych, a wartości 26-63 punkty jako ciężkie nasilenie objawów depresyjnych. Wyniki analizy częstości, która została przeprowadzona na podstawie przyjętych kryteriów przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3 Poziom depresji badanych mężczyzn - jakościowa interpretacja wyników

Interpretacja jakościowa	<i>N</i>	%
Minimalne nasilenie objawów depresyjnych	44	43,6%
Łagodne nasilenie objawów depresyjnych	12	11,9%
Umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych	20	19,8%
Ciężkie nasilenie objawów depresyjnych	25	24,8%

Adnotacja. *N* – liczba obserwacji.

Źródło: opracowani własne

W badanej grupie mężczyzn 43,6% nie wykazywało objawów depresji lub wykazywało minimalne nasilenie objawów depresyjnych, natomiast u 11,9% stwierdzono łagodne nasilenie objawów depresyjnych. Umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych występowało u 19,8% badanych, a ciężkie nasilenie objawów depresyjnych u 24,8% uczestników.



6.1.3 Poziom depresji i lęku oraz satysfakcja z życia badanych mężczyzn do 44 roku życia

W kolejnym kroku sprawdzono jak kształtowały się poziom depresji, lęku i satysfakcji z życia wśród mężczyzn do 44 roku życia. W tym celu przeprowadzono wnioskowanie analogiczne jak dla grupy ogólnej. Wyniki analizy przedstawiono w tabelach 4 i 5.

Tabela 4 Poziom lęku i satysfakcji z życia badanych mężczyzn do 44 roku życia - interpretacja jakościowa oraz podstawowe statystyki opisowe wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane badanych zmiennych

	Niskie wyniki		Przeciętne wyniki		Wysokie wyniki		<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%					
Lęk jako stan	21	36,2%	11	19,0%	26	44,8%	5,60	6,00	2,87	1,00	10,00
Lęk jako cecha	16	27,6%	12	20,7%	30	51,7%	6,43	7,00	3,03	1,00	10,00
Satysfakcja z życia	20	34,5%	10	17,2%	28	48,3%	6,34	6,00	2,94	1,00	10,00

Adnotacja. *N* – liczba obserwacji, *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Min.* – wartość minimalna; *Maks.* – wartość maksymalna.

Źródło: opracowani własne

Tabela 5 Poziom depresji badanych mężczyzn do 44 roku życia - jakościowa interpretacja wyników

Interpretacja jakościowa	<i>N</i>	%
Minimalne nasilenie objawów depresyjnych	35	60,3%
Łagodne nasilenie objawów depresyjnych	5	8,6%
Umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych	6	10,3%
Ciężkie nasilenie objawów depresyjnych	12	20,7%

Adnotacja. *N* – liczba obserwacji.

Źródło: opracowani własne

W grupie mężczyzn do 44 lat w zakresie lęku jako stanu 36,2% uczestników osiągnęło niskie wyniki, 19,0% – wyniki przeciętne, a 44,8% – wyniki wysokie, przy średniej wartości 5,60 (*SD* = 2,87), natomiast w aspekcie lęku jako cechy 27,6% badanych uzyskało wyniki niskie, 20,7% – przeciętne, a 51,7% – wysokie ze średnią 6,43 (*SD* = 3,03). Jeśli chodzi o satysfakcję z życia, 34,5% respondentów osiągnęło wyniki niskie, 17,2% – przeciętne, a 48,3% – wysokie, przy średniej 6,34 (*SD* = 2,94; tabela 4). W zakresie nasilenia depresji, zgodnie z klasyfikacją BDI (tabela 5), 60,3% badanych nie wykazywało objawów depresji lub miało minimalne nasilenie objawów depresyjnych, 8,6% miało łagodne nasilenie objawów depresyjnych, 10,3% – umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych, a 20,7% – ciężkie



nasilenie objawów depresyjnych. Tendencje w grupie mężczyzn do 44 roku życia okazały się zatem zbliżone do charakterystyk w grupie ogólnej.

6.1.4 Poziom depresji i lęku oraz satysfakcja z życia badanych mężczyzn z wykształceniem wyższym

Następnie analizie poddano nasilenie testowanych zmiennych wśród mężczyzn z wyższym wykształceniem (tabele 6-7).

Tabela 6 Poziom lęku i satysfakcji z życia badanych mężczyzn z wykształceniem wyższym - interpretacja jakościowa oraz podstawowe statystyki opisowe wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane badanych zmiennych

	Niskie wyniki		Przeciętne wyniki		Wysokie wyniki		<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%					
Lęk jako stan	13	52,0%	7	28,0%	5	20,0%	4,56	4,00	2,93	1,00	10,00
Lęk jako cecha	11	44,0%	7	28,0%	7	28,0%	5,04	5,00	2,65	1,00	10,00
Satysfakcja z życia	7	28,0%	1	4,0%	17	68,0%	7,32	9,00	3,21	1,00	10,00

Adnotacja. *N* – liczba obserwacji, *M* - średnia; *Me* - mediana; *SD* - odchylenie standardowe; *Min.* - wartość minimalna; *Maks.* - wartość maksymalna.

Źródło: opracowani własne

Tabela 7 Poziom depresji badanych mężczyzn z wykształceniem wyższym - jakościowa interpretacja wyników

Interpretacja jakościowa	<i>N</i>	%
Minimalne nasilenie objawów depresyjnych	19	76,0%
Łagodne nasilenie objawów depresyjnych	1	4,0%
Umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych	3	12,0%
Ciężkie nasilenie objawów depresyjnych	2	8,0%

Adnotacja. *N* – liczba obserwacji

Źródło: opracowani własne



W grupie mężczyzn z wyższym wykształceniem wyniki wskazywały, że w zakresie lęku jako stanu 52,0% uczestników osiągało niskie wyniki, 28,0% – przeciętne, a jedynie 20,0% – wysokie, co odpowiadało średniej 4,56 i odchyleniu standardowemu 2,93. Podobnie, w analizie lęku jako cechy 44,0% badanych prezentowało wyniki niskie, 28,0% – przeciętne, i 28,0% – wysokie, przy średniej 5,04 oraz odchyleniu standardowym 2,65. W przypadku satysfakcji z życia jedynie 28,0% respondentów uzyskało wyniki niskie, 4,0% – przeciętne, natomiast aż 68,0% osiągnęło wyniki wysokie, co ilustrowała średnia 7,32 ($SD = 3,21$) oraz mediana 9,00 (tabela 6). Ocena nasilenia depresji według klasyfikacji BDI (tabela 7) wykazała, że 76,0% badanych nie prezentowało objawów depresji lub miało minimalne nasilenie objawów depresyjnych, 4,0% miało łagodne nasilenie objawów depresyjnych, 12,0% – umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych, a 8,0% – ciężkie nasilenie objawów depresyjnych (ogółem $N = 25$). Porównując te wyniki z wcześniejszymi analizami, stwierdzono, że mężczyźni z wyższym wykształceniem charakteryzowali się niższymi poziomami lęku (zarówno jako stanu, jak i cechy), co potwierdzał wyższy odsetek wyników niskich, a także wyższą satysfakcją z życia, co przejawiało się wyższą średnią oraz większym odsetkiem wyników wysokich. Dodatkowo, grupa ta wykazywała korzystniejszy profil pod względem nasilenia depresji, z większą liczbą osób nie wykazujących objawów depresji.

6.1.5 Poziom depresji i lęku oraz satysfakcja z życia badanych mężczyzn z miejscowości o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców

Ostatecznie, analogiczne analizy, oceniające nasilenie poziomu depresji, lęku i satysfakcji z życia, wykonano na próbie mężczyzn z miejscowości o populacji przekraczającej 100 tysięcy mieszkańców (tabele 8-9).



Tabela 8 Poziom lęku i satysfakcji z życia badanych mężczyzn z miejscowości o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców - interpretacja jakościowa oraz podstawowe statystyki opisowe wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane badanych zmiennych

	Niskie wyniki		Przeciętne wyniki		Wysokie wyniki		<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%					
Lęk jako stan	10	35,7%	8	28,6%	10	35,7%	5,75	5,50	3,03	1,00	10,00
Lęk jako cecha	7	25,0%	9	32,1%	12	42,9%	6,29	6,00	2,68	1,00	10,00
Satysfakcja z życia	7	25,0%	4	14,3%	17	60,7%	6,79	7,50	2,88	1,00	10,00

Adnotacja. *N* – liczba obserwacji, *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Min.* – wartość minimalna; *Maks.* – wartość maksymalna.

Źródło: opracowani własne

Tabela 9 Poziom depresji badanych mężczyzn do 44 roku życia - jakościowa interpretacja wyników

Interpretacja jakościowa	<i>N</i>	%
Minimalne nasilenie objawów depresyjnych	18	64,3%
Łagodne nasilenie objawów depresyjnych	2	7,1%
Umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych	3	10,7%
Ciężkie nasilenie objawów depresyjnych	5	17,9%

Adnotacja. *N* – liczba obserwacji.

Źródło: opracowani własne

W grupie mężczyzn pochodzących z miejscowości o populacji do 100 tysięcy mieszkańców wyniki wskazywały, że w zakresie lęku jako stanu 35,7% uczestników osiągało niskie, 28,6% – przeciętne, a 35,7% – wysokie wyniki ($M = 5,75$; $SD = 3,03$). W odniesieniu do lęku jako cechy 25,0% badanych prezentowało wyniki niskie, 32,1% – przeciętne, a 42,9% – wysokie ($M = 6,29$; $SD = 2,68$). Jeśli chodzi o satysfakcję z życia, jedynie 25,0% respondentów osiągało wyniki niskie, 14,3% – przeciętne, natomiast 60,7% uzyskało wyniki wysokie ($M = 6,79$; $SD = 2,88$; tabela 8). Ocena nasilenia depresji według klasyfikacji BDI wykazała, że 64,3% badanych nie wykazywało objawów depresji lub miało minimalne nasilenie objawów depresyjnych, 7,1% miało łagodne nasilenie objawów depresyjnych, 10,7% – umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych, a 17,9% – ciężkie nasilenie objawów depresyjnych (tabela 9). Porównując te wyniki z poprzednimi analizami, można zauważyć, że mężczyźni z miejscowości o populacji do 100 tysięcy mieszkańców prezentowali nieznacznie wyższe średnie wyniki lęku jako stanu (5,75 vs. 5,60) oraz nieco niższe wyniki lęku jako cechy



(6,29 vs. 6,43) w stosunku do grupy mężczyzn do 44 lat, co mogło przekładać się na bardziej zrównoważony profil emocjonalny. Dodatkowo, ich satysfakcja z życia była wyższa (średnia 6,79 vs. 6,34), a nasilenie depresji nieznacznie korzystniejsze – odsetek osób bez objawów depresji był wyższy (64,3% vs. 60,3%), a ciężkie nasilenie objawów depresyjnych występowało rzadziej (17,9% vs. 20,7%). W porównaniu z grupą mężczyzn z wyższym wykształceniem, którzy charakteryzowali się jeszcze niższymi poziomami lęku oraz korzystniejszymi wynikami w zakresie satysfakcji z życia i depresji, grupa ta prezentowała nieco gorszy profil emocjonalny, choć wciąż lepszy od ogólnej grupy mężczyzn do 44 lat.

6.1.6 Związek satysfakcji z życia z poziomem depresji i lęku

W kolejnym kroku analizy sprawdzono jak kształtowały się związki pomiędzy satysfakcją z życia a lękiem i depresją w badanej próbie mężczyzn. W tym celu wykonano szereg analiz korelacji r Pearsona. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10 Związek satysfakcji z życia z poziomem depresji i lęku – wyniki analizy korelacji r Pearsona

Zmienna		Satysfakcja z życia
Poziom depresji	r Pearsona	-0,76
	istotność	<0,001
Lęk jako stan	r Pearsona	-0,83
	istotność	<0,001
Lęk jako cecha	r Pearsona	-0,85
	istotność	<0,001

Źródło: opracowani własne

Analiza wykazała istotne statystycznie, silne i ujemne związki pomiędzy zmiennymi. Oznacza to, że mężczyźni z wyższym poziomem depresji oraz lęku jako stanu i cechy prezentowali znacząco niższy poziom satysfakcji z życia.

6.1.7 Związek satysfakcji z życia z wiekiem

Następnie, sprawdzono czy satysfakcja z życia mężczyzn wiązała się z ich wiekiem. W tym celu, analogicznie jak poprzednio wykonano analizę korelacji r Pearsona.



Wyniki analizy potwierdziły występowanie istotnego statystycznie, ujemnego i silnego związku pomiędzy zmiennymi, $r = -0,51$; $p < 0,001$. Zatem im starsi byli badani mężczyźni, tym mniejszej satysfakcji z życia doświadczali.

6.1.8 Związek satysfakcji z życia z miejscem zamieszkania

Kolejno, weryfikacji poddano założenie o potencjalnym związku pomiędzy satysfakcją z życia a miejscem zamieszkania respondentów. W tym celu porównano poziom satysfakcji z życia pomiędzy mężczyznami z małych, średnich i dużych ośrodków miejskich. Wykonano jednoczynnikową analizę wariancji, której wyniki zaprezentowane zostały w tabeli 11.

Tabela 11 Porównanie poziomu satysfakcji z życia pomiędzy mężczyznami z różnych miejsc zamieszkania – jednoczynnikowa analiza wariancji

Zmienna zależna	Grupa	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η^2
Satysfakcja z życia	Miejscowość do 40 tys. mieszkańców	38	15,61	1,19	9,73	2;98	<0,001	0,17
	Miejscowość 41 – 100 tys. mieszkańców	35	20,77	7,83				
	Miejscowość powyżej 100 tys. mieszkańców	28	23,89	8,22				

Adnotacja. *n* - liczba obserwacji; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *F* - wartość statystyki testowej; *df* - stopnie swobody; *p* - istotność statystyczna; η^2 - wskaźnik siły efektu

Źródło: opracowani własne

Zróźnicowanie pomiędzy grupami okazało się istotne statystycznie. Celem zidentyfikowania, na czym polegała istotna efektu, przeprowadzono dodatkowe porównania parami testem Bonferroni. Okazało się, że mieszkańcy miejscowości o populacji do 40 tysięcy mieszkańców cechowali się niższą satysfakcją z życia zarówno od mieszkańców miast z liczbą mieszkańców od 41 do 100 tysięcy ($p = 0,016$) oraz mieszkańców największych ośrodków miejskich, powyżej 100 tysięcy mieszkańców ($p < 0,001$). Efekt był silny ($\eta^2 = 0,17$).

6.1.9 Związek satysfakcji z życia ze statusem związkowym

W następnym kroku analizy porównano pomiędzy sobą grupy mężczyzn w związkach (nieformalnych i formalnych) oraz samotnych (kawalerów, rozwodników i wdowców) pod względem satysfakcji z życia. Wykonano test *t* Studenta dla prób niezależnych (tabela 12).



Tabela 12 Związek satysfakcji z życia ze statusem związkowym - wyniki testu *t* Studenta dla prób niezależnych

Zmienna zależna	Singiel (<i>n</i> = 45)		W związku (<i>n</i> = 56)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Satysfakcja z życia	22,42	9,20	17,50	7,05	2,96 ^a	80,85	0,004	1,61	8,23	0,61

Adnotacja. *n* - liczba obserwacji; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *t* - wartość statystyki testowej; *df* - stopnie swobody; *p* - istotność statystyczna; *CI* - przedział ufności dla różnicy między średnimi; *LL* i *UL* - dolna i górna granica przedziału ufności

^a Test Levene'a okazał się istotny statystycznie - zaraportowano wynik z poprawką Welcha

Źródło: opracowani własne

Analiza wykazała istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami. Na podstawie wartości średnich stwierdzono, że single doświadczali wyższej satysfakcji z życia niż mężczyźni w związkach, a zidentyfikowany efekt był umiarkowany (*d* Cohena = 0,61).

6.1.10 Związek satysfakcji z życia z posiadaniem potomstwa

Kolejno, sprawdzono czy satysfakcja z życia była powiązana z faktem posiadania potomstwa przez mężczyzn. W tym celu, z uwagi na istotne rozbieżności w liczebnościach porównywanych grup, skorzystano z nieparametrycznego testu Mann-Whitneya. Wyniki analizy zostały zaprezentowane w tabeli 13.

Tabela 13 Związek satysfakcji z życia z posiadaniem potomstwa – wyniki testu Manna-Whitneya

Zmienna zależna	Bezdzienny (<i>n</i> = 33)				Posiada dzieci (<i>n</i> = 68)				<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	średnia ranga	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	średnia ranga	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>			
Satysfakcja z życia	61,74	23,48	28,00	9,68	45,79	17,85	17,00	7,08	-2,57	0,010	0,26

Adnotacja. *n* - liczba obserwacji; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *Z* - wartość statystyki testowej; *p* - istotność statystyczna; *r* - wskaźnik siły efektu

Źródło: opracowani własne

Odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy zmiennymi. Na podstawie wartości średnich rang stwierdzono, że bezdzietni mężczyźni charakteryzowali się istotnie większą satysfakcją z życia niż ojcowie. Różnica pomiędzy grupami była jednak niewielka (*r* = 0,26).

6.1.11 Związek satysfakcji z życia z uzależnieniem

Następnie, porównano poziom satysfakcji z życia pomiędzy mężczyznami uzależnionymi od różnego rodzaju substancji oraz zdrowymi. W tym celu, z przyczyn analogicznych jak poprzednio, przeprowadzono test Manna-Whitneya (tabela 14).

Tabela 14 Związek satysfakcji z życia z uzależnieniem – wyniki testu Manna-Whitneya

Zmienna zależna	Uzależniony (n = 65)				Zdrowy (n = 36)				Z	p	r
	średnia ranga	M	Me	SD	średnia ranga	M	Me	SD			
Satysfakcja z życia	48,89	19,05	17,00	8,03	54,81	20,86	19,50	9,04	-0,97	0,331	0,10

Adnotacja. n - liczba obserwacji; M - średnia; SD - odchylenie standardowe; Z - wartość statystyki testowej; p - istotność statystyczna; r - wskaźnik siły efektu

Źródło: opracowani własne

Analiza wykazała brak istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami. Oznacza to, że zdrowi mężczyźni i mężczyźni uzależnieni cechowali się zbliżonym poziomem satysfakcji z życia.

6.1.12 Związek satysfakcji z życia z wykształceniem

W kolejnym kroku analizy sprawdzono czy satysfakcja z życia była powiązana z wykształceniem. Wykonano jednoczynnikową analizę wariancji dla prób niezależnych, której wyniki przedstawiono w tabeli 15.

Tabela 15 Związek satysfakcji z życia z wykształceniem – wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji

Zmienna zależna	Grupa	n	M	SD	F	df	p	η^2
Satysfakcja z życia	Podstawowe	23	15,74	7,85	6,35	3; 94	<0,001	0,17
	Średnie	28	19,71	7,56				
	Zawodowe	22	18,23	6,63				
	Wyższe	25	25,24	9,05				

Adnotacja. n - liczba obserwacji; M - średnia; SD - odchylenie standardowe; F - wartość statystyki testowej; df - stopnie swobody; p - istotność statystyczna; η^2 - wskaźnik siły efektu

Źródło: opracowani własne

Wynik testu okazał się istotny statystycznie. Zidentyfikowany efekt był silny ($\eta^2 = 0,17$). Na podstawie przeprowadzonych porównań parami testem Bonferroniego stwierdzono, że mężczyźni z wykształceniem wyższym różnili się istotnie statystycznie



satysfakcją z życia od mężczyzn z wykształceniem podstawowym ($p < 0,001$) i zawodowym ($p = 0,017$). Różnica pomiędzy grupami z wykształceniem wyższym i średnim była istotna na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,073$).

6.1.13 Związek satysfakcji z życia ze statusem zawodowym

Ostatnie wykonane porównanie międzygrupowe miało na celu zidentyfikowanie potencjalnego związku pomiędzy satysfakcją z życia i statusem zawodowym. Z uwagi na znaczące dysproporcje w liczebnościach grup, wykonano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa (tabela 15).

Tabela 16 Związek satysfakcji z życia ze statusem zawodowym – wyniki testu Kruskala-Wallisa

Zmienna zależna	Grupa	średnia ranga	M	Me	SD	H(2)	p	η^2
Satysfakcja z życia	Bezrobotny/emeryt/rencista ($n = 19$)	35,18	14,53	15,00	4,05	13,92	<0,001	0,12
	Pracuje zawodowo ($n = 64$)	50,10	19,47	17,50	8,39			
	Uczeń/student ($n = 18$)	70,89	25,94	28,50	8,11			

Adnotacja. n - liczba obserwacji; M - średnia; Me - mediana; SD - odchylenie standardowe; $H(2)$ - wartość statystyki testowej wraz z liczbą stopni swobody; p - istotność statystyczna, η^2 - wskaźnik siły efektu

Źródło: opracowani własne

Różnica pomiędzy grupami była istotna statystycznie. Porównania *post-hoc* wykazały, że uczniowie i studenci doświadczali wyższej satysfakcji z życia zarówno od mężczyzn pracujących zawodowo ($p = 0,008$) jak i od bezrobotnych, emerytów i rencistów ($p < 0,001$). Różnica pomiędzy grupami aktywnych i nieaktywnych zawodowo była istotna na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,051$).

6.1.14 Związek stażu pracy i satysfakcji z życia

Kolejno, sprawdzono czy satysfakcja z życia była powiązana ze stażem pracy mężczyzn. Z uwagi na porządkowy charakter zmiennej dotyczącej stażu pracy, analizę przeprowadzono przy pomocy współczynnika korelacji ρ Spearmana.

Wyniki analizy okazały się istotne statystycznie, $\rho = -0,33$; $p < 0,001$. Zidentyfikowany związek był ujemny i umiarkowany, zatem wyższy staż pracy mężczyzn przekładał się na mniejszą satysfakcję z życia.



6.1.15 Przewidywanie poziomu satysfakcji z życia mężczyzn na podstawie poziomu lęku, depresji i cech socjodemograficznych

W ostatnim kroku analizy, celem pogłębienia wyników analiz przeprowadzonych wcześniej, wykonano analizę regresji hierarchicznej dla poziomu satysfakcji z życia jako zmiennej zależnej. W pierwszym bloku analizy, metodą wprowadzenia, wprowadzono cechy socjodemograficzne, z kolei w drugim bloku dodano wskaźniki depresji i lęku. Kodowanie zmiennych nominalnych wprowadzonych do modelu zaprezentowano w tabeli 16.

Tabela 17 Kodowanie nominalnych predyktorów włączonych do analizy regresji

Zmienna	Kodowanie
Miejsce zamieszkania	0 Powyżej 40 tysięcy mieszkańców
	1 Do 40 tysięcy mieszkańców
Status związkowy	0 Singiel
	1 W związku
Posiadanie dzieci	0 Bezdzietny
	1 Posiada dzieci
Uzależnienie	0 Zdrowy
	1 Uzależniony
Wykształcenie	0 Inne niż wyższe
	1 Wyższe
Status studenta/ucznia	0 Nie
	1 Tak
Status bezrobotnego/emeryta/rencisty	0 Nie
	1 Tak
Staż pracy	0 Do 10 lat
	1 Powyżej 10 lat

Źródło: opracowani własne

Ze względu na stosunkowo dużą liczbę predyktorów, analizę przeprowadzono z wykorzystaniem metody krokowej, która pozwala zmniejszyć liczbę zmiennych wyjaśniających w modelach. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 17.



Tabela 18 Wyniki hierarchicznej analizy regresji krokowej przewidującej poziom satysfakcji z pracy na podstawie zmiennych socjodemograficznych i poziomu lęku oraz depresji

Predyktor	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>F</i>	<i>R</i> ² _{adj}
(Stała)	42,23	1,90		22,23***		
Wiek	-0,04	0,03	-0,08	-1,33		
Wykształcenie	0,10	1,04	0,01	0,10		
Miejsce zamieszkania	-1,88	0,84	-0,11	-2,23*	64,76***	0,793
Lęk jako cecha	-0,23	0,07	-0,37	-3,47**		
Poziom depresji	-0,16	0,04	-0,28	-4,24***		
Lęk jako stan	-0,12	0,05	-0,24	-2,30*		

Adnotacja. Zmienna zależna – satysfakcja z życia. *B* – niestandardyzowany współczynnik regresji; *SE* – błąd standardowy *B*; *Beta* – standaryzowany współczynnik regresji; *t* – wartość statystyki testowej testu *t* Studenta określającego związek między zmienną zależną a predyktorem wraz z poziomem istotności; *F* – wartość statystyki testowej testu ANOVA oceniająca dopasowanie modelu wraz z poziomem istotności; *R*²_{adj} – współczynnik wyjaśnionej wariancji przez zmienne w modelu skorygowany na przeszacowanie modelu z uwagi na istnienie wielu predyktorów.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: opracowani własne

Wykorzystany algorytm regresji krokowej pozwolił na zbudowanie sześciu modeli, przy czym ostatni z nich wyjaśniał 79,3% wariancji ogólnej satysfakcji z życia badanych mężczyzn. Istotnymi statystycznie predyktorami w modelu okazały się miejsce zamieszkania, poziom lęku jako cechy, lęku jako stanu oraz poziom depresji. Wiek i wykształcenie przestały być istotnymi statystycznie predyktorami w modelu po uwzględnieniu lęku jako cechy.

Wartość współczynników standaryzowanych *Beta* wskazuje na to, że poziom satysfakcji z życia mężczyzn był tym większy, im niższy był ich poziom lęku oraz depresji. Ponadto, mężczyźni z miejscowości do 40 tysięcy mieszkańców cechowali się niższą satysfakcją z życia niż mężczyźni z większych ośrodków miejskich.

6.2 Weryfikacja hipotez badawczych i wnioski

W celu weryfikacji hipotez dotyczących związków między nasileniem objawów depresyjnych, poziomem lęku oraz satysfakcją z życia wśród mężczyzn przeprowadzono analizę statystyczną, w tym analizę korelacji, analizę regresji oraz testy różnic między grupami.

Hipoteza zerowa zakładała istnienie zależności między nasileniem objawów depresyjnych, poziomem lęku a satysfakcją z życia. Wyniki analizy korelacji Pearsona wykazały istotne statystycznie, silne ujemne związki między poziomem depresji a satysfakcją z życia ($r = -0,76$, $p < 0,001$), a także pomiędzy lękiem jako stanem ($r = -0,83$, $p < 0,001$) oraz



lękiem jako cechą ($r = -0,85$, $p < 0,001$) a satysfakcją z życia. Oznacza to, że wzrost poziomu depresji i lęku wiązał się ze spadkiem satysfakcji z życia, co potwierdza hipotezę zerową.

Hipoteza H_1 zakładała, że mężczyźni charakteryzują się minimalnym nasileniem objawów depresyjnych, niskim poziomem lęku jako stan i wysokim poziomem satysfakcji z życia. Wyniki badania nie potwierdziły tej hipotezy. W badanej grupie 24,8% mężczyzn wykazywało ciężkie nasilenie objawów depresyjnych, a umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych występowało u 19,8% uczestników. Ponadto 61,4% respondentów doświadczało wysokiego poziomu lęku jako stanu, a 68,3% wysokiego poziomu lęku jako cechy. Większość badanych (48,5%) miała niską satysfakcję z życia, co obala hipotezę H_1 .

Hipoteza H_2 zakładała, że mężczyźni charakteryzują się łagodnym nasileniem objawów depresyjnych, niskim poziomem lęku jako cecha i wysokim poziomem satysfakcji z życia. W świetle badań można stwierdzić, że jedynie 11,9% badanych doświadczało łagodnej depresji, natomiast lęk jako cecha osiągał wysokie nasilenie u 68,3% uczestników. Choć 33,7% badanych miało wysoką satysfakcję z życia, nie stanowiło to dominującego wzorca, co obala hipotezę H_2 .

Hipoteza H_3 zakładała, że mężczyźni mają umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych, wysoki poziom lęku jako stan i niską satysfakcję z życia. Badania wykazały, że 19,8% badanych miało umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych, a 61,4% doświadczało wysokiego poziomu lęku jako stanu. Największa grupa badanych (48,5%) miała niską satysfakcję z życia, co potwierdza hipotezę H_3 .

Hipoteza H_4 zakładała, że mężczyźni charakteryzują się znacznym nasileniem objawów depresyjnych, średnim poziomem lęku jako cecha i przeciętnym poziomem satysfakcji z życia. W badaniu 24,8% mężczyzn miało ciężkie nasilenie objawów depresyjnych, jednak lęk jako cecha osiągał wysokie nasilenie u 68,3% uczestników, a przeciętną satysfakcję z życia miało jedynie 17,8% badanych. Wyniki te obalają hipotezę H_4 .

W ramach analizy uwzględniono również zestaw hipotez dotyczących wybranych cech socjodemograficznych badanych mężczyzn. Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych przeprowadzono ich empiryczną weryfikację (hipotezy H_5 – H_{12}).

Hipoteza H_5 , zakładająca, że młodsi mężczyźni charakteryzują się wyższym poziomem satysfakcji z życia niż mężczyźni starsi, została potwierdzona. Analiza korelacji r Pearsona wykazała istotny statystycznie ujemny związek pomiędzy wiekiem a satysfakcją z życia ($r = -0,51$; $p < 0,001$), wskazując, że satysfakcja z życia maleje wraz z wiekiem badanych.

Potwierdzenie uzyskała również hipoteza H_6 , zgodnie z którą mężczyźni zamieszkujący mniejsze miejscowości wykazują niższy poziom satysfakcji z życia niż osoby mieszkające w



większych ośrodkach miejskich. Analiza wariancji wykazała istotne różnice pomiędzy grupami ($F = 9,73$; $p < 0,001$), a dodatkowe testy post hoc (Bonferroniego) wskazały, że respondenci z miejscowości do 40 tysięcy mieszkańców cechowali się istotnie niższym poziomem satysfakcji z życia w porównaniu zarówno do mieszkańców miast średnich, jak i dużych.

Hipoteza H₇, zakładająca wyższy poziom satysfakcji z życia u mężczyzn pozostających w relacji (formalnej lub nieformalnej) w porównaniu do osób samotnych, nie została potwierdzona. Wyniki testu t Studenta dla prób niezależnych wykazały, że single osiągnęli istotnie wyższy poziom satysfakcji z życia niż mężczyźni będący w związkach ($t = 2,96$; $p = 0,004$), przy umiarkowanej sile efektu ($d = 0,61$).

Hipoteza H₈, postulująca wyższy poziom satysfakcji z życia wśród ojców w porównaniu do mężczyzn nieposiadających dzieci, również została odrzucona. Test Manna-Whitneya wykazał istotne różnice pomiędzy grupami ($Z = -2,57$; $p = 0,010$), wskazując, że to mężczyźni bezdzietni cechowali się wyższym poziomem satysfakcji z życia. Siła efektu była niewielka ($r = 0,26$).

Hipoteza H₉, według której mężczyźni uzależnieni mieli wykazywać niższy poziom satysfakcji z życia niż osoby nieuzależnione, również nie znalazła potwierdzenia. Test Manna-Whitneya nie wykazał istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami ($p = 0,331$), co sugeruje brak zależności pomiędzy statusem uzależnienia a poziomem satysfakcji z życia.

W przypadku hipotezy H₁₀, dotyczącej wyższego poziomu satysfakcji z życia u mężczyzn aktywnych zawodowo w porównaniu do osób nieaktywnych (bezrobotnych, emerytów, rencistów), uzyskane wyniki pozwalają na częściowe jej potwierdzenie. Test Kruskala-Wallisa wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami ($H(2) = 13,92$; $p < 0,001$). Analiza post hoc wykazała, że uczniowie i studenci osiągnęli wyższy poziom satysfakcji z życia niż osoby pracujące zawodowo oraz nieaktywne zawodowo. Różnica między osobami aktywnymi a nieaktywnymi zawodowo była istotna jedynie na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,051$), co nie pozwala na jednoznaczne potwierdzenie hipotezy.

Hipoteza H₁₁, zgodnie z którą mężczyźni o dłuższym stażu pracy mieli cechować się wyższą satysfakcją z życia niż osoby z krótszym stażem, została odrzucona. Współczynnik korelacji rho Spearmana wykazał istotny statystycznie ujemny związek pomiędzy stażem pracy a satysfakcją z życia ($\rho = -0,33$; $p < 0,001$), wskazując na tendencję odwrotną do zakładanej w hipotezie.

Weryfikacji poddano również hipotezę H₁₂, zgodnie z którą mężczyźni posiadający wyższe wykształcenie charakteryzują się wyższym poziomem satysfakcji z życia niż mężczyźni bez wykształcenia wyższego. W celu zbadania zależności między poziomem



wykształcenia a satysfakcją z życia przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA). Wyniki analizy wykazały istotne statystycznie zróżnicowanie poziomu satysfakcji z życia w zależności od poziomu wykształcenia ($F(3,94) = 6,35; p < 0,001$), przy jednocześnie silnej wartości wskaźnika siły efektu ($\eta^2 = 0,17$).

Analiza porównań post hoc z zastosowaniem testu Bonferroniego ujawniła, że mężczyźni z wykształceniem wyższym osiągnęli istotnie wyższe wyniki w zakresie satysfakcji z życia w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym ($p < 0,001$) oraz zawodowym ($p = 0,017$). Różnica pomiędzy grupą mężczyzn z wykształceniem wyższym a grupą z wykształceniem średnim była istotna na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,073$).

Na podstawie uzyskanych wyników potwierdzono hipotezę H_{12} . Poziom wykształcenia okazał się istotnym czynnikiem różnicującym poziom satysfakcji z życia w badanej próbie mężczyzn. Respondenci legitymujący się wykształceniem wyższym wykazywali statystycznie istotnie wyższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do mężczyzn z niższym wykształceniem.

Opierając się na zebranych materiale można stwierdzić, że hipoteza zerowa została potwierdzona, co oznacza, że istnieje istotna zależność między nasileniem objawów depresyjnych, poziomem lęku a satysfakcją z życia wśród mężczyzn. Wśród hipotez szczegółowych hipoteza H_3 znalazła pełne potwierdzenie, natomiast H_1 , H_2 i H_4 zostały obalone. W odniesieniu do hipotez dotyczących zmiennych demograficznych, spośród ośmiu hipotez szczegółowych, trzy (H_5 , H_6 i H_{12}) uzyskały pełne potwierdzenie, jedna (H_{10}) została częściowo potwierdzona, natomiast cztery hipotezy (H_7 , H_8 , H_9 , H_{11}) nie zostały potwierdzone i zostały odrzucone na podstawie uzyskanych wyników statystycznych.

6.3 Dyskusja wyników

Wyniki uzyskane w toku niniejszych badań potwierdziły istnienie istotnej statystycznie, ujemnej zależności między nasileniem objawów depresyjnych a poziomem satysfakcji z życia w grupie badanych mężczyzn. Oznacza to, że im silniejsze były symptomy depresyjne, tym niższy był deklarowany poziom zadowolenia z życia. Tego rodzaju zależność była już wcześniej opisywana w licznych badaniach prowadzonych zarówno na populacjach ogólnych, jak i w grupach o określonych cechach społeczno-demograficznych.

W literaturze podkreśla się również, że płeć może odgrywać istotną rolę w kształtowaniu subiektywnego dobrostanu psychicznego. Badania wskazują na powtarzalne różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie przeżywanych emocji, sposobów



radzenia sobie z trudnościami psychicznymi oraz gotowości do ich ujawniania. Szczególnie u mężczyzn obserwuje się tendencję do rzadszego zgłaszania problemów emocjonalnych, co może prowadzić do ich niedodiagnozowania oraz opóźnionego uzyskiwania pomocy psychologicznej.

Z tego względu podjęcie badań skoncentrowanych wyłącznie na mężczyznach wydaje się w pełni uzasadnione. Pozwala to lepiej zrozumieć specyfikę ich funkcjonowania psychicznego – zwłaszcza w odniesieniu do poziomu doświadczanego lęku, depresyjności oraz ogólnej satysfakcji z życia. Interpretacja uzyskanych wyników na tle dotychczasowych ustaleń badawczych stanowi istotny krok w kierunku tworzenia bardziej precyzyjnych i adekwatnych form wsparcia dla tej grupy społecznej.

6.3.1 Objawy depresji, objawy lękowe a satysfakcja z życia

W badaniu nad satysfakcją z życia, lękiem, depresją i odpornością u mężczyzn w Niemczech przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie 2 144 niemieckich mężczyzn w wieku od 18 do 80 lat stwierdzono, że satysfakcja z życia była silnie powiązana z odpornością psychiczną, brakiem bezrobocia, obecnością partnerki, pozytywną samooceną, dobrym dochodem gospodarstwa domowego oraz minimalnym nasileniem objawów depresyjnych i lęku. Nie stwierdzono istotnych zmian w ogólnej satysfakcji z życia w zależności od wieku, jednak zauważono, że satysfakcja z życia była istotnie związana z minimalnym nasileniem objawów depresyjnych i lęku. (Beutel i in. 2010)

W badaniu Gigantesco i in. (2019) zaobserwowano, że objawy depresyjne mają silniejszy wpływ na poziom satysfakcji z życia u mężczyzn niż u kobiet. Analiza porównawcza wykazała, że mężczyźni wykazują istotnie niższy poziom satysfakcji z życia w warunkach nasilenia symptomów depresji. Autorzy sugerują, że może to wynikać z odmiennych sposobów przeżywania i ujawniania cierpienia emocjonalnego u obu płci, a także z wpływu norm kulturowych ograniczających ekspresję emocjonalną w męskich grupach społecznych. (Gigantesco, 2019)

Podobne wnioski płyną z badań Li i współpracowników (2021), którzy na podstawie danych pochodzących od ponad 15 000 dorosłych osób w średnim i starszym wieku wykazali, że objawy depresji stanowią istotny czynnik obniżający satysfakcję z życia w populacji mężczyzn. Ponadto, stwierdzono, że efekt ten jest częściowo pośredniczony przez poziom ograniczeń funkcjonalnych. Co istotne, autorzy odnotowali wyższą skuteczność oddziaływań

profilaktycznych i terapeutycznych wśród mężczyzn w porównaniu do kobiet, co podkreśla znaczenie wczesnej identyfikacji objawów depresyjnych w tej grupie. (Li i in., 2021)

W świetle przytoczonych badań można przyjąć, że relacja pomiędzy nasileniem depresji a satysfakcją z życia w populacji mężczyzn nie jest jedynie prostą zależnością korelacyjną, lecz może odzwierciedlać głębiej zakorzenione mechanizmy biopsychospołeczne. Uwzględniając dodatkowo specyfikę ekspresji objawów depresyjnych u mężczyzn – często przyjmujących postać drażliwości, wycofania interpersonalnego lub nadużywania substancji psychoaktywnych – niezbędne wydaje się stosowanie adekwatnych narzędzi diagnostycznych i kontekstualne rozumienie zgłaszanego przez nich poziomu zadowolenia z życia.

Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki potwierdzają istnienie istotnej negatywnej korelacji pomiędzy nasileniem objawów lękowych a poziomem satysfakcji z życia u mężczyzn. Obserwacja ta jest spójna z dotychczasowymi ustaleniami zawartymi w literaturze przedmiotu, co umożliwia osadzenie wyników niniejszej pracy w szerszym kontekście naukowym.

Wyniki badania przeprowadzonego przez Kyriazosa i Pogę (2024) wskazują na złożone powiązania między poziomem lęku a satysfakcją z życia, które są dodatkowo modulowane przez czynniki takie jak stres, depresja oraz odporność psychiczna. Autorzy wyróżnili grupy osób różniące się pod względem dobrostanu psychicznego i symptomów zaburzeń emocjonalnych. Badanie wykazało, że poziom lęku ma istotny wpływ na satysfakcję z życia, a relacje te różnią się w zależności od płci. Mężczyźni częściej charakteryzowali się niską satysfakcją z życia oraz umiarkowaną odpornością lub odwrotnie – wysoką satysfakcją z życia, ale z różnym nasileniem stresu psychicznego. W badaniu nie wykazano natomiast istotnego wpływu poziomu wykształcenia na przynależność do poszczególnych klas, co sugeruje, że inne czynniki psychologiczne i społeczne mogą mieć większe znaczenie w kształtowaniu dobrostanu psychicznego. W kontekście omawianych wyników podkreśla to potrzebę uwzględniania różnic płciowych w interwencjach zdrowia psychicznego oraz stosowania złożonych, wielowymiarowych podejść w pracy terapeutycznej z mężczyznami, zwłaszcza w obszarze profilaktyki i redukcji objawów lękowych (Kyriazosa, Poga, 2024).

Wyniki badania przeprowadzonego przez Güney i współautorów na populacji studentów Uniwersytetu w Ankarze potwierdzają istotny negatywny związek między objawami lękowymi a satysfakcją z życia. Autorzy wykazali, że wyższy poziom lęku oraz depresji koreluje ze znacznym obniżeniem subiektywnego poczucia dobrostanu, co wskazuje na wpływ symptomów zaburzeń emocjonalnych na jakość życia badanych. Ponadto, badanie to podkreśla znaczenie uwzględnienia satysfakcji z życia jako ważnego wskaźnika w działaniach profilaktycznych zdrowia psychicznego, co jest szczególnie istotne w populacji młodych



dorosłych. W kontekście niniejszej pracy, wyniki te wspierają założenie, że redukcja objawów lękowych może przyczynić się do poprawy jakości życia mężczyzn, co ma duże znaczenie dla praktyki psychologicznej i interwencji terapeutycznych (Güney i in., 2023).

W literaturze przedmiotu istnieje wiele dowodów wskazujących na istotną zależność pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych, poziomem lęku a subiektywną satysfakcją z życia u mężczyzn.

Wyniki badań cytowanych powyżej oraz badania własnego dostarczają spójnych dowodów na negatywny związek między nasileniem depresji, lęku a satysfakcją z życia w populacji mężczyzn. Wskazuje to na potrzebę uwzględniania specyfiki doświadczeń emocjonalnych mężczyzn w ramach działań profilaktycznych i terapeutycznych, a także na konieczność dalszych badań nad mechanizmami pośredniczącymi i moderatorami tej relacji, które mogą mieć istotne znaczenie w kontekście poprawy jakości życia tej grupy społecznej.

6.3.2 Wiek a satysfakcja z życia mężczyzn

W literaturze przedmiotu wyniki badań dotyczących związku pomiędzy wiekiem a satysfakcją z życia u mężczyzn są niejednoznaczne i wykazują pewne zróżnicowanie. Część badań wskazuje, że młodsi mężczyźni charakteryzują się wyższym poziomem satysfakcji z życia. Przykładem może być analiza danych z General Social Survey przeprowadzona w Kanadzie w 2016 roku, która wykazała, że mężczyźni w wieku 15–19 lat deklarowali najwyższy poziom satysfakcji z życia (średnia 8,5 w skali 0–10), podczas gdy u mężczyzn w grupach wiekowych 20–29 lat oraz 30–39 lat wartość ta była nieco niższa (odpowiednio 7,7 oraz 7,8). W starszych grupach wiekowych, takich jak 60–69, 70–79 oraz 80 i więcej lat, poziom satysfakcji z życia wzrastał do wartości pomiędzy 8,0 a 8,2 (Statistics Canada, 2018).

Wyniki uzyskane w toku niniejszych badań warto odnieść do wniosków zaprezentowanych przez Bairda, Lucasa i Donnellana (2010), którzy analizowali zmiany poziomu satysfakcji z życia w przekroju całego życia dorosłego. Na podstawie danych z dwóch dużych, reprezentatywnych badań panelowych – niemieckiego GSOEP i brytyjskiego BHPS – autorzy wykazali, że satysfakcja z życia w populacji dorosłych mężczyzn pozostaje względnie stabilna przez większość dorosłości, osiągając najwyższy poziom w okresie średniej dorosłości, a następnie wykazując tendencję spadkową po 70. roku życia. Wyniki te mogą rzucać dodatkowe światło na rezultaty niniejszego badania, w którym analizowano poziom satysfakcji z życia w relacji do objawów lękowych i depresyjnych w grupie mężczyzn. Zgodnie z ujęciem Bairda i współautorów, średni wiek może być okresem względnie wysokiego dobrostanu,



jednak czynniki takie jak nasilony lęk czy objawy depresyjne – będące przedmiotem analizy w niniejszej pracy – mogą ten poziom znacząco obniżać, co podkreśla konieczność dalszej eksploracji mechanizmów wpływających na dobrostan psychiczny w tej grupie wiekowej (Baird i in., 2010).

Pomimo zróżnicowania wyników badań dotyczących związku wieku z poziomem satysfakcji z życia, część danych empirycznych sugeruje, że młodsi mężczyźni częściej deklarują wyższy poziom zadowolenia z życia w porównaniu do starszych grup wiekowych. Z tego względu w niniejszym badaniu postawiono hipotezę, zgodnie z którą młodsi mężczyźni będą wykazywać wyższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do mężczyzn starszych. Wyniki uzyskane w toku niniejszych badań są spójne z częścią wcześniejszych analiz, które wskazują na wyższy poziom satysfakcji z życia u młodych mężczyzn, i tym samym wpisują się w nurt badań podkreślających znaczenie wieku jako czynnika różnicującego subiektywny dobrostan psychiczny w tej grupie.

6.3.3 Wielkość miejscowości zamieszkania a satysfakcja z życia mężczyzn

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że poziom satysfakcji z życia u mężczyzn może być istotnie różnicowany przez miejsce zamieszkania, przy czym respondenci zamieszkujący mniejsze miejscowości wykazywali niższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do osób mieszkających w większych miastach. To zjawisko znajduje potwierdzenie w danych międzynarodowych i krajowych.

Badanie przeprowadzone przez OECD (2023) na próbie mieszkańców 111 krajów wykazało, że satysfakcja z życia rośnie wraz z wielkością miejsca zamieszkania – najwyższe wskaźniki notowano wśród osób zamieszkujących miasta liczące od 1 do 5 milionów mieszkańców. Autorzy sugerują, że czynnikiem różnicującym poziom zadowolenia jest przede wszystkim jakość infrastruktury, dostępność usług publicznych oraz większe możliwości zatrudnienia i samorealizacji, które koncentrują się w aglomeracjach miejskich (OECD, 2023).

Zestawienie wyników niniejszego badania z przytoczonymi analizami pozwala postawić hipotezę, że miejsce zamieszkania pełni funkcję pośredniczącą między innymi czynnikami psychospołecznymi a poziomem satysfakcji z życia u mężczyzn. Zidentyfikowane różnice mogą wynikać zarówno z warunków strukturalnych (dostępność usług, warunki ekonomiczne), jak i psychologicznych (możliwości rozwoju, integracja społeczna), co potwierdza potrzebę uwzględniania kontekstu środowiskowego w badaniach nad jakością życia mężczyzn.



6.3.4 Relacje a satysfakcja z życia mężczyzn

W toku niniejszych badań zaobserwowano zaskakującą zależność – wyższym poziomem satysfakcji z życia cechowali się mężczyźni pozostający w stanie wolnym, w porównaniu do mężczyzn będących w związkach, zarówno formalnych, jak i nieformalnych. Wynik ten stoi w pewnej opozycji do dominujących w literaturze przedmiotu ustaleń, w których status relacyjny – zwłaszcza trwały i satysfakcjonujący związek – postrzegany jest jako jeden z istotnych predyktorów dobrostanu psychicznego mężczyzn.

Wyniki badania przeprowadzonego przez Apostolou i współautorów (2024) wskazują, że status relacyjny istotnie wpływa na poziom satysfakcji z życia oraz dobrostan emocjonalny. Osoby będące w związkach – zwłaszcza tych charakteryzujących się wysoką jakością relacji – deklarowały wyższy poziom pozytywnych emocji, poczucia sensu życia i ogólnej satysfakcji w porównaniu do osób samotnych. Najniższy poziom dobrostanu dotyczył singli, którzy byli samotni nie z własnego wyboru. Co istotne, jakość relacji okazała się równie ważna jak sam fakt bycia w związku – osoby pozostające w niskiej jakości związkach nie doświadczały tak wysokiego poziomu dobrostanu jak te w relacjach satysfakcjonujących. Wyniki te były spójne wśród badanych z 12 krajów, co sugeruje uniwersalność wpływu relacji intymnych na dobrostan psychiczny i poziom satysfakcji z życia (Apostolou i in., 2024).

W badaniu przeprowadzonym na grupie 5600 uczniów z Tajwanu stwierdzono, że mężczyźni będący w związku małżeńskim deklarowali wyższy poziom satysfakcji z życia niż mężczyźni pozostający stanu wolnego. Aż 56,2% żonatych mężczyzn określiło siebie jako „bardzo szczęśliwych”, podczas gdy wśród kawalerów odsetek ten wyniósł 39,4%. Głównym powodem zawarcia małżeństwa przez mężczyzn była chęć założenia rodziny. Ponadto, związek małżeński zwykle wywierał pozytywny wpływ na poczucie szczęścia u mężczyzn, co potwierdza wzrost deklarowanego poziomu szczęścia w kolejnych latach badania. Czynniki takie jak spełnianie oczekiwań rodziców również odgrywały istotną rolę w decyzji o zawarciu małżeństwa, wpływając tym samym na ich dobrostan psychiczny. (Hu, 2024)

Analiza Harvard Health Publishing sugeruje, że mężczyźni będący w trwałych relacjach charakteryzują się wyższym poziomem satysfakcji z życia, lepszym zdrowiem psychicznym oraz niższym ryzykiem wystąpienia depresji w okresie późnej dorosłości. Wsparcie emocjonalne partnerki życiowej uznawane jest za jeden z kluczowych czynników chroniących zdrowie psychiczne mężczyzn (Harvard Health Publishing, 2019).



Zestawiając wyniki uzyskane w toku badań z przytoczonymi danymi, należy zwrócić uwagę na możliwe czynniki modyfikujące zależność między statusem relacyjnym a satysfakcją z życia. Niewykluczone, że w grupie mężczyzn objętych niniejszym badaniem występowały specyficzne uwarunkowania psychologiczne, społeczne lub relacyjne (np. niskie zadowolenie z aktualnych związków, konfliktowość relacji, obciążenia rodzinne), które mogły wpływać na obniżenie poziomu satysfakcji z życia u mężczyzn pozostających w relacjach. Analiza danych zebranych na potrzeby niniejszej pracy może więc stanowić przyczynek do dalszych badań nad złożonością tej zależności oraz nad jakością związków jako zmienną pośredniczącą.

6.3.5 Rodzicielstwo a satysfakcja z życia mężczyzn

W toku niniejszych badań postawiono hipotezę, że mężczyźni będący ojcami wykazują wyższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do mężczyzn bezdzietnych. Jednakże wyniki uzyskane w toku badań nie potwierdziły tej tezy, co stanowi interesujący punkt odniesienia do istniejącej literatury przedmiotu.

Badania przeprowadzone przez Nelson i współautorów (2012) wykazały, że ojcowie doświadczają wyższego poziomu dobrostanu psychicznego niż mężczyźni bezdzietni. Analiza danych z trzech niezależnych amerykańskich badań wskazała, że ojcostwo wiąże się z większym poczuciem szczęścia, satysfakcją z życia oraz niższym poziomem stresu. Autorzy sugerują, że zaangażowanie w rolę ojca może przynosić mężczyznom znaczące korzyści emocjonalne (Nelson i in., 2012).

Podobne wnioski płyną z badań przeprowadzonych w Europie, gdzie stwierdzono, że w wielu krajach ojcowie deklarują wyższy poziom satysfakcji z życia niż mężczyźni bezdzietni. Analiza danych z 27 krajów europejskich wykazała, że w 12 z nich ojcostwo było istotnie pozytywnie skorelowane z satysfakcją z życia. Szczególnie silną korelację zaobserwowano w krajach takich jak Dania, Finlandia czy Szwecja (Pollmann-Schult, 2018).

Analiza danych zebranych na potrzeby niniejszej pracy, która nie potwierdziła wyższej satysfakcji z życia u ojców w porównaniu do mężczyzn bezdzietnych, może wskazywać na wpływ specyficznych czynników kontekstualnych, takich jak poziom stresu związanego z obowiązkami rodzicielskimi, wsparcie społeczne czy indywidualne cechy osobowościowe. Warto zatem rozważyć dalsze badania uwzględniające te zmienne, aby lepiej zrozumieć złożoność relacji między ojcostwem a satysfakcją z życia.



6.3.6 Uzależnienia a satysfakcja z życia mężczyzn

W toku niniejszych badań postawiono hipotezę, że mężczyźni uzależnieni od substancji psychoaktywnych wykazują niższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do mężczyzn nieuzależnionych. Jednakże wyniki uzyskane w toku badań nie potwierdziły tej tezy, co stanowi interesujący punkt odniesienia do istniejącej literatury przedmiotu.

Badania przeprowadzone przez Moschion i Powdthavee (2018) wykazały, że nadużywanie substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, konopie indyjskie czy nielegalne narkotyki, wiąże się z obniżonym poziomem satysfakcji z życia. Analiza danych z populacji australijskiej wskazała, że spadek satysfakcji z życia często poprzedzał używanie nielegalnych substancji, a obniżony poziom satysfakcji utrzymywał się nawet do roku po ich użyciu (Moschion & Powdthavee, 2018).

Podobne wnioski płyną z badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii, gdzie stwierdzono, że osoby uzależnione od opioidów, nawet będące w trakcie leczenia, wykazują znacznie niższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do osób nieuzależnionych. Autorzy sugerują, że uzależnienie od opioidów prowadzi do chronicznych problemów zdrowotnych oraz trudności w relacjach społecznych, co negatywnie wpływa na ogólny dobrostan i satysfakcję z życia jednostki (Luty i Arokiadass, 2008).

Badanie Farnickiej, Herod i Kolańskiej-Stronki (2024) wykazało, że ojcowie uzależnieni od alkoholu wykazują znacząco niższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu z ojcami nieuzależnionymi. Różnice te były szczególnie widoczne w obszarach zaangażowania rodzicielskiego i jakości relacji rodzinnych. Satysfakcja z życia mężczyzn nieuzależnionych była wyższa również w innych badaniach – zarówno tych prowadzonych w Polsce, jak i za granicą – co może sugerować, że trzeźwe i aktywne funkcjonowanie w rolach społecznych jest jednym z kluczowych czynników wspierających dobrostan psychiczny. Uzależnienie natomiast działa jak bariera utrudniająca realizację wartości i celów, co skutkuje przewlekłym spadkiem poczucia sensu oraz życiowej satysfakcji (Farnicka i in, 2024).

Analiza danych zebranych na potrzeby niniejszej pracy, która nie potwierdziła istotnych różnic w poziomie satysfakcji z życia między mężczyznami uzależnionymi a nieuzależnionymi, może wskazywać na wpływ specyficznych czynników kontekstualnych, takich jak poziom wsparcia społecznego, stopień zaawansowania uzależnienia czy indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem. Warto zatem rozważyć dalsze badania uwzględniające te zmienne, aby lepiej zrozumieć złożoność relacji między uzależnieniem a satysfakcją z życia.



6.3.7 Aktywność zawodowa a satysfakcja z życia mężczyzn

W toku niniejszych badań postawiono hipotezę, że mężczyźni aktywni zawodowo wykazują wyższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do mężczyzn nieaktywnych zawodowo (bezrobotnych, emerytów, rencistów). Wyniki uzyskane w toku badań częściowo potwierdziły tę tezę: różnica między osobami aktywnymi a nieaktywnymi zawodowo była istotna jedynie na poziomie tendencji statystycznej, co nie pozwala na jednoznaczne potwierdzenie hipotezy.

Badania przeprowadzone przez Świerżewską (2010) wykazały, że u osób starszych aktywność wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji z życia, szczególnie u mężczyzn. Aktywni mężczyźni byli bardziej usatysfakcjonowani z życia w porównaniu z aktywnymi kobietami. Poziom satysfakcji z życia okazał się również związany z poziomem inteligencji emocjonalnej, dyspozycyjnego optymizmu oraz nadziei podstawowej (Świerżewska, 2010).

Podobne wnioski płyną z badań przeprowadzonych przez Krok (2016), która analizowała wpływ dochodów i pracy na poziom zadowolenia z życia. Wyniki badań w Niemczech i Australii potwierdziły, że bezrobocie prowadzi do obniżenia poziomu satysfakcji z życia. Osoby bezrobotne odczuwały większy stres i niepewność, co negatywnie wpływało na ich dobrostan psychiczny. Krok zwróciła jednak uwagę, że praca zawodowa mężczyzn nie koreluje tak silnie z satysfakcją życia jak u kobiet (Krok, 2016).

Także badania przeprowadzone przez CBOS (2023) wskazują, że 75% Polaków jest zadowolonych ze swojego życia, a wśród nich większość to mężczyźni. Największy wpływ na poziom zadowolenia mają ocena materialnego poziomu życia i osiągnięte dochody. Satysfakcja z życia jest wprost proporcjonalna do oceny materialnego poziomu życia (CBOS, 2023).

Analiza danych zebranych na potrzeby niniejszej pracy, która wykazała najwyższy poziom satysfakcji z życia wśród uczniów i studentów, może wskazywać na wpływ specyficznych czynników kontekstualnych, takich jak perspektywy na przyszłość, wsparcie społeczne czy indywidualne cechy osobowościowe. Warto zatem rozważyć dalsze badania uwzględniające te zmienne, aby lepiej zrozumieć złożoność relacji między aktywnością zawodową a satysfakcją z życia.

6.3.8 Staż pracy a satysfakcja z życia mężczyzn

Choć część badań wskazuje na negatywną korelację między długością stażu pracy a satysfakcją z życia, można również przypuszczać, że dłuższy staż pracy będzie się wiązał z większą stabilnością zawodową i finansową, co sprzyja poczuciu dobrostanu psychicznego.



Ponadto, osoby o długim doświadczeniu zawodowym mogą czerpać satysfakcję z uznania społecznego, kompetencji oraz możliwości pełnienia ról mentorskich. Tego typu czynniki mogłyby potencjalnie podwyższać poziom satysfakcji z życia. W badaniu przyjęto hipotezę o pozytywnym wpływie stażu pracy na satysfakcję z życia, wychodząc z założenia, że w populacji mężczyzn objętej badaniem (np. mężczyzn aktywnych na forach i grupach w mediach społecznościowych poświęconych m.in. rozwojowi zawodowemu, sukcesom zawodowym etc.), dłuższy staż może być źródłem dumy, bezpieczeństwa i spełnienia zawodowego. Wbrew licznym przykładom literatury przedmiotu, przyjęto też, że w kontekście społeczno-kulturowym, w którym praca zawodowa odgrywa kluczową rolę w definiowaniu męskości, długi staż pracy może być postrzegany jako potwierdzenie spełnienia społecznych oczekiwań, co z kolei przekłada się na wyższy poziom satysfakcji z życia. Hipoteza ta nie spotkała się z poparciem w wyniku badania, co potwierdziło jednocześnie liczne badania sugerujące odwrotną zależność stażu pracy.

Analiza przeprowadzona przez Sedlak & Sedlak w ramach I Ogólnopolskiego Badania Satysfakcji z Pracy (2011) wykazała, że im większy staż pracy, tym mniejsze zadowolenie z zatrudnienia. Wśród osób o stażu pracy do 2 lat satysfakcja z pracy wynosiła 38%, podczas gdy w grupie z ponad 20-letnim stażem spadła do 31% (Sedlak & Sedlak, 2011).

W książce *Zachowania organizacyjne w teorii i praktyce zarządzania* Urszula Gros (2003) porusza temat wpływu stażu pracy na poczucie satysfakcji. Autorka wskazuje, że poziom zadowolenia z pracy generalnie wzrasta wraz z wiekiem i doświadczeniem zawodowym. Młodzi pracownicy, rozpoczynający karierę zawodową, często wykonują proste, mało angażujące zadania, co może prowadzić do niższego poziomu satysfakcji. Z kolei starsi, bardziej doświadczeni pracownicy zazwyczaj cieszą się większym zaufaniem przełożonych i współpracowników oraz mają więcej możliwości samorealizacji, co przekłada się na wyższy poziom zadowolenia z pracy. Jednakże Gros zauważa, że ta zależność może mieć charakter paraboliczny – początkowo wysoki poziom satysfakcji wśród młodych pracowników może obniżać się w wieku około 30 lat, by następnie wzrastać i osiągać maksymalne wartości w wieku średnim (Gros, 2003).

Warto również zauważyć, że niektóre badania sugerują, iż wpływ stażu pracy na satysfakcję z życia może być pośredni i zależeć od innych czynników, takich jak jakość środowiska pracy, możliwości rozwoju zawodowego czy równowaga między życiem zawodowym a prywatnym.



6.3.9 Wykształcenie a satysfakcja z życia mężczyzn

Wyniki uzyskane w toku niniejszych badań potwierdzają postawioną wcześniej hipotezę, zgodnie z którą mężczyźni posiadający wyższe wykształcenie charakteryzują się wyższym poziomem satysfakcji z życia niż mężczyźni bez wykształcenia wyższego. Zależność ta znajduje potwierdzenie również w innych badaniach prowadzonych na populacji mężczyzn.

Przykładowo, badanie przeprowadzone przez Michalos i in. (2001) w Kanadzie wykazało, że osoby z wyższym wykształceniem częściej deklarują satysfakcjonujące życie, co autorzy tłumaczą m.in. większymi możliwościami zatrudnienia, wyższymi dochodami oraz większym wpływem na otoczenie (Michalos i in., 2001).

Analiza danych przedstawionych w raporcie Eurostatu *Quality of life indicators – education* (2019) wskazuje na wyraźny związek między poziomem wykształcenia a satysfakcją z życia. Osoby legitymujące się wykształceniem wyższym częściej deklarują wyższy poziom zadowolenia z życia niż osoby z wykształceniem średnim lub podstawowym. Zjawisko to może wynikać m.in. z lepszych perspektyw zawodowych, wyższych zarobków, większej stabilności zatrudnienia czy szerszego dostępu do zasobów kulturowych i społecznych. Co więcej, edukacja wpływa również na inne obszary dobrostanu, takie jak zdrowie psychiczne, uczestnictwo obywatelskie czy poczucie wpływu na własne życie. W świetle powyższych danych, wykształcenie nie tylko pełni funkcję narzędziową w kontekście rynku pracy, lecz także stanowi istotny czynnik psychologiczny, wzmacniający ogólne poczucie jakości życia. (Eurostat, 2019).

W tym kontekście analiza danych zebranych na potrzeby niniejszej pracy stanowi uzupełnienie dotychczasowej wiedzy, jednocześnie wskazując, że omawiana zależność utrzymuje się również w grupie polskich mężczyzn objętych badaniem.

6.4 Ograniczenia badań

Niniejsze badanie, mimo zastosowania rzetelnych narzędzi diagnostycznych oraz zachowania standardów metodologicznych właściwych dla badań ilościowych, obarczone jest szeregiem ograniczeń, które należy uwzględnić przy interpretacji uzyskanych wyników. Dotyczą one zarówno doboru próby, charakteru zastosowanych narzędzi, jak i samego schematu badania.

Zastosowanie doboru celowego, a nie losowego, ogranicza możliwości generalizacji uzyskanych wyników na populację ogólną mężczyzn w Polsce. Próba licząca 100 osób, choć



wystarczająca do przeprowadzenia analiz statystycznych, nie odzwierciedla w pełni różnorodności społeczno-demograficznej badanej grupy. Należy podkreślić, że uczestnikami badania byli mężczyźni wyrażający dobrowolną zgodę na udział, co może wiązać się z większą otwartością na ujawnianie emocji, doświadczeń i refleksji dotyczących zdrowia psychicznego, a co za tym idzie – stanowić źródło błędu selekcji.

Wszyscy uczestnicy badania wypełniali ankietę w formie online, przy użyciu formularza elektronicznego. Choć forma ta zapewniała anonimowość i komfort psychologiczny podczas udzielania odpowiedzi, należy zauważyć, że utrudniała jednocześnie weryfikację tożsamości respondentów oraz ich rzeczywistego zaangażowania w proces badania. Dodatkowo, rekrutacja została przeprowadzona za pośrednictwem internetowych forów i grup społecznościowych zrzeszających mężczyzn (m.in. grup samopomocowych, rozwojowych oraz związanych z tematyką męskości i psychologii). Oznacza to, że badana próba może być specyficzna tematycznie – składająca się z osób wykazujących wyższy niż przeciętny poziom zainteresowania tematyką zdrowia psychicznego lub doświadczających trudności emocjonalnych, które motywowały ich do szukania wsparcia w internecie. Może to wpływać na zawyżenie poziomu objawów depresyjnych i lękowych oraz zaniżenie satysfakcji z życia w tej grupie.

W badaniu wykorzystano trzy wystandaryzowane kwestionariusze samoopisowe: Inwentarz Depresji Becka – Wydanie Drugie (BDI-II), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS). Chociaż są to narzędzia o potwierdzonej rzetelności i trafności (Beck, Steer, & Brown, 1996; Spielberger et al., 1983; Diener et al., 1985), to jednak ich charakter samoopisowy rodzi pewne ograniczenia. Wyniki mogą być obarczone wpływem błędów poznawczych, takich jak efekt społecznej aprobaty, tendencyjność odpowiedzi czy ograniczona introspekcja respondentów, zwłaszcza w odniesieniu do złożonych doświadczeń afektywnych. Ponadto w przypadku STAI-S (pomiar stanu lęku) należy mieć świadomość, że wynik może być zależny od aktualnej sytuacji życiowej uczestnika i nie zawsze odzwierciedla jego ogólny poziom lęklivosti.

W projekcie badawczym nie uwzględniono szeregu zmiennych pośredniczących oraz moderujących, które mogą istotnie wpływać na zależność pomiędzy objawami depresyjnymi, lękiem a poziomem satysfakcji z życia. Do takich zmiennych zaliczyć można m.in. status materialny, posiadanie lub brak wsparcia społecznego, doświadczenia traumatyczne czy przeszłość psychopatologiczną. Ich nieuwzględnienie może prowadzić do uproszczonych interpretacji wyników i zmniejszać trafność wnioskowania o charakterze zależności między analizowanymi konstruktami.



Badanie miało charakter przekrojowy, co oznacza, że dane zostały zebrane w jednym punkcie czasowym. Taki schemat metodologiczny uniemożliwia wyciąganie wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym. W rezultacie, choć możliwe było stwierdzenie istotnych statystycznie korelacji pomiędzy zmiennymi, nie można jednoznacznie określić kierunku tych zależności. Niewykluczone, że to niska satysfakcja z życia wpływa na wzrost objawów depresyjnych i lękowych, a nie odwrotnie.

Tematyka zdrowia psychicznego, w tym depresji, lęku oraz ogólnej jakości życia, należy do kategorii zagadnień wrażliwych, szczególnie w kontekście mężczyzn, dla których społeczno-kulturowe wzorce często promują unikanie ujawniania emocji i trudności. W konsekwencji istnieje ryzyko zaniżania poziomu objawów w deklaracjach własnych, a także unikania odpowiedzi na pytania postrzegane jako zagrażające tożsamości męskiej. Może to wpływać na wiarygodność wyników i ich reprezentatywność dla szerszej populacji.

Zaleca się, aby w przyszłych badaniach poruszających tematykę związaną z nasileniem objawów depresyjnych, poziomem lęku oraz satysfakcją z życia wśród mężczyzn uwzględnić wskazane ograniczenia. W szczególności warto dążyć do zastosowania doboru losowego, rozszerzenia liczebności i różnorodności próby, kontroli zmiennych zakłócających oraz wykorzystania schematów badawczych o charakterze podłużnym, umożliwiających analizę zmian w czasie. Wskazane byłoby również wzbogacenie metodologii o techniki jakościowe (np. wywiady pogłębione), które mogłyby dostarczyć pełniejszego obrazu kontekstu psychologicznego uczestników oraz umożliwić lepsze zrozumienie specyfiki męskiego doświadczania emocji. Tego rodzaju podejście może przyczynić się do pogłębienia wiedzy na temat uwarunkowań zdrowia psychicznego mężczyzn i w dalszej perspektywie – do budowania bardziej skutecznych form wsparcia psychologicznego.



Zakończenie

W niniejszej pracy podjęto próbę analizy zależności między nasileniem objawów depresyjnych oraz poziomem lęku a poziomem satysfakcji z życia mężczyzn. Badanie przeprowadzone w ramach niniejszej pracy wykazało, że zarówno objawy depresji, jak i lęku istotnie korelują z obniżonym poziomem odczuwanego dobrostanu psychicznego. Wyniki te są spójne z dotychczasowymi ustaleniami literatury przedmiotu, które wskazują na silne powiązanie między negatywnym stanem psychicznym a subiektywną oceną jakości życia.

W toku niniejszych badań zauważono również, że niektóre zmienne demograficzne i społeczne, takie jak relacje intymne, status rodzicielski, poziom wykształcenia czy aktywność zawodowa, wpływają na poziom satysfakcji z życia mężczyzn. Zależności te potwierdzają konieczność bardziej zindywidualizowanego podejścia do diagnozy i terapii zaburzeń afektywnych, z uwzględnieniem szerokiego kontekstu życiowego pacjenta. Szczególnie istotne wydaje się uwzględnianie uwarunkowań kulturowych i norm społecznych związanych z męskością, które mogą wpływać na styl radzenia sobie ze stresem oraz gotowość do szukania pomocy.

Wyniki uzyskane w toku badań podkreślają również potrzebę dalszych eksploracji naukowych w obszarze zdrowia psychicznego mężczyzn – grupy, która wciąż pozostaje marginalizowana w niektórych obszarach psychologii klinicznej i zdrowia publicznego. Brak otwartości na ujawnianie trudności emocjonalnych, unikanie terapii oraz internalizacja stereotypów męskości mogą sprzyjać pogłębianiu się objawów depresyjnych i lękowych, a w konsekwencji prowadzić do pogorszenia jakości życia, wypalenia zawodowego czy nawet do zachowań samobójczych.

Mimo że analiza danych dostarczyła interesujących i spójnych wniosków, badanie to nie jest wolne od ograniczeń. Do najważniejszych należy zaliczyć ograniczoną liczebność próby oraz dobór uczestników, który nie pozwala na pełne uogólnienie wyników na całą populację mężczyzn. Ponadto zastosowane narzędzia diagnostyczne, choć standaryzowane i powszechnie stosowane, opierają się na samoopisie, co wiąże się z ryzykiem subiektywizmu odpowiedzi. W przyszłych badaniach warto rozważyć wykorzystanie metod mieszanych (ilościowych i jakościowych), jak również pogłębioną analizę specyficznych podgrup mężczyzn – np. ojców, seniorów, mężczyzn w sytuacji rozvodu lub emigracji.

Podsumowując, wyniki niniejszej pracy potwierdzają istotną rolę zdrowia psychicznego w kształtowaniu subiektywnego dobrostanu mężczyzn. Wnioski te mogą znaleźć zastosowanie



nie tylko w praktyce klinicznej, ale również w działaniach profilaktycznych, edukacyjnych i społecznych, które mają na celu zwiększenie świadomości emocjonalnej i dostępności wsparcia psychologicznego dla mężczyzn w różnym wieku i sytuacji życiowej. Dalszy rozwój badań w tym zakresie może przyczynić się do budowania bardziej wrażliwego, inkluzywnego i skutecznego systemu wsparcia psychicznego dla mężczyzn w Polsce i na świecie.



Bibliografia

1. Adamczyk, K., Adamczyk, D., Wójcik, R., Fałkowska, U., & Soroka, E. (2018). Rzadkie fobie specyficzne — rodzaje i leczenie. *Psychiatria*, *15*(3), 148–154.
2. Alshaya, S. D. (2022). Genetic and epigenetic factors associated with depression: An updated overview. *Saudi Journal of Science*, *29*(8), 103–111.
3. Apostolou, M., Sullman, M., Błachnio, A., Voulgaridou, M.-G., Stylianou, P., & Paspaliari, A. (2024). Emotional wellbeing and life satisfaction of singles and mated people across 12 nations. *Evolutionary Psychological Science*, *10*, 352–369. <https://doi.org/10.1007/s40806-024-00416-0>
4. Badura-Brzoza, K., Dębski, P., Głowczyński, P., Ścisło, P., Piegza, M., Błachut, M., & Gorczyca, P. (2023). Ocena postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wśród studentów medycyny – doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska*, *57*(6), 1077–1098.
5. Bains, N., & Abdijadid, S. (2023). Major depressive disorder. *National Library of Medicine*, *23*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
6. Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life Satisfaction Across the Lifespan: Findings from Two Nationally Representative Panel Studies. *Social Indicators Research*, *99*(2), 183–203. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9584-9>
7. Bańka, A. (2005). *Psychologia jakości życia*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
8. Barnaś, P., Gibasiewicz, M., Lis, A., Ferenc, S., Paprocka-Borowicz, M., Kurzelewska-Sobczak, A., & Gnus, J. (2020). *Trudności w diagnostyce i leczeniu depresji u pacjentów geriatrycznych a zagadnienie śmierci społecznej*. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
9. Barton, S., Armstrong, P., Wicks, L., & Freeman, E. (2017). Treating complex depression with cognitive behavioural therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *10*, e1. <https://doi.org/10.1017/S1754470X17000159>
10. Bartoszak, D. (2022). *Zaburzenia regulacji emocji sprawców przestępstw seksualnych przeciwko małoletnim*. WPiK Open Access.
11. Bączyńska, E., Krzystyniak, A., Zaręba-Kozioł, M., & Figiel, I. (2020). Nowoczesne techniki wykorzystywane do badań eksperymentalnych zaburzonej plastyczności neuronalnej w depresji. *Kosmos*, *69*(326), 185–200.
12. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.



13. Benisz, H. (2013). Kwestia humanizmu i ludzkiego (sposobu) bycia w filozofii Heideggera. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, 19(1), 239–266.
14. Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
15. Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, 13(1), 32–39. <https://doi.org/10.3109/13685530903296698>
16. Blaut, A., & Paulewicz, B. (2011). Poznawcza podatność na depresję. *Psychiatria Polska*, 15(60), 889–899.
17. Błaszczyk, M. (2019). Człowiek według Jeana-Paula Sartre’a. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria*, 2(110), 39–50.
18. Błaszczyk, M. (2022). Fenomenologia i psychologia lęku. *Polskie Forum Psychologiczne*, 27(1), 101–115.
19. Bocharova, O., & Smółka, L. (2021). Wzory męskie i kobiece w kulturze współczesnej a wartości osobiste preferowane przez uczniów klas trzecich szkoły podstawowej. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce*, 4(62), 41–55.
20. Bojkowski, Ł. (2014). Radzenie sobie ze stresem przez mężczyzn trenujących zespołowe gry sportowe oraz sporty walki. *Zeszyty Naukowe Uczelnianej Rady Doktorantów Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego*, 2(1), 55–66.
21. Borowicz, M., & Rybka, M. (2016). Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z depresją. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 1(1), 1–11.
22. Bourin, S. M. (2020). History of depression through the ages. *Archives of Depression and Anxiety*, 6(1), 10–18.
23. Bremer, J. (2017). Co kognitywistka może nam powiedzieć o lęku i strachu. In B. Bodzioch-Bryła & L. Dorak-Wojakowski (Red.), *Anatomia strachu* (s. 23-42). Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum w Krakowie.
24. Buzuk, G., Łojko, D., Owecki, M., Ruchała, M., & Rybakowski, J. (2016). Depresja z cechami atypowymi w różnych rodzajach zaburzeń afektywnych. *Psychiatria Polska*, 50(4), 827–838.
25. Cabaj-Wiater, I. (2020). *Ocena zależności nasilenia stopnia lęku i depresji z aktywnością egzoglikozydaz lizosomalnych oraz wybranymi parametrami laboratoryjnymi w przebiegu cukrzycy typu 2* [Praca doktorska, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku].



26. Całun-Nadulska, P., & Sikora, M. J. (2019). Terapia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego w podejściu poznawczo-behawioralnym. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 19(2), 210–215.
27. Car, H. (2009). Współdziałanie pomiędzy glutaminianem a kwasem γ -aminomasłowym w ośrodkowym układzie nerwowym. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 4(3–4), 116–125.
28. Casad, B., & Timko, R. B. (2017). Gender stereotype. In *The SAGE Encyclopedia of Psychology and Gender*. Sage.
29. Chatmon, B. (2020). Males and mental health stigma. *American Journal of Men's Health*. <https://doi.org/10.1177/1557988320925726>
30. Chełmniak, L., Górka, A., & Mącik, D. (2023). Perfekcjonizm i samoakceptacja a jakość relacji interpersonalnych. *Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II*.
31. Chiozza, G., & Stoyanov, D. (2017). The myth of the strong leader in Russian public opinion. *Problems of Post-Communism*, 65(6), 1–15.
32. Chmielewska, M. (2013). Męskość i kobiecość w świetle małżeństwa i rodzicielstwa. In *Kobiety a mężczyźni – wokół podobieństw, różnic i wzajemnych relacji*. *Kwartalnik Naukowy*, 2(13), 63–72.
33. Chmielewska, N., Szyndler, J., Maciejak, P., & Płaźnik, A. (2019). Epigenetic mechanisms of stress and depression. *Psychiatria Polska*, 53(60), 1413–1428.
34. Ciaputa, E., Kowalska, B., Krzaklewska, E., Ratecka, A., Slany, K., Tobiasz-Adamczyk, B., Warat, M., & Woźniak, B. (2016). *Równość płci i jakość życia. Raport z badań sondażowych* (E. Ciaputa, Red.). Uniwersytet Jagielloński.
35. Cichocka, A., Rozenek, B. E., Michałowska, K., Szewczyk, B., & Waszkiewicz, N. (2021). Znaczenie esketaminy w leczeniu depresji lekoopornej. Czy okaże się lekiem przełomowym? *Psychiatria*, 18(4), 289–298.
36. Ciecuch, J., & Laguna, M. (2014). Wielka Piątka i nie tylko: cechy osobowości i ich pomiar. *Roczniki Psychologiczne*, 17(2), 239–247.
37. Ciesielska, J., & Śliwerski, A. (2024). Radzenie sobie ze stresem i nieadaptacyjne schematy poznawcze u osób depresyjnych – raport z badań. *Akademia Zarządzania*, 8(2), 389–404.
38. Citkowska-Kisielwska, A., Rutkowski, K., Sobański, A. J., & Dembińska, E. (2019). Objawy lękowe w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym i w zaburzeniu lękowym uogólnionym. *Psychiatria Polska*, 53(4), 845–864.

39. Ciżkowicz, B. (2017). Wyuczona bezradność jako zmienna pośrednicząca między stylem atrybucyjnym a osiągnięciami akademickimi. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 24(1), 79–100.
40. Clack, S., & Ward, T. (2019). The classification and explanation of depression. *Behaviour Change*, 36(1), 45–55.
41. Cui, L., et al. (2024). Major depressive disorder: Hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 30(24). <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01703-2>
42. Cuijpers, P., & Smit, F. (2008). Subclinical depression: A clinically relevant condition? *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 50(8), 519–528.
43. Czaplński, P., & Tobaszewska, J. (2024). Hormony społeczne. Wstęp do metody. *Instytut Badań Literackich Polskiej Akademii Nauk*, 4, 7–22.
44. Czernianin, W., & Czernianin, H. (2017). Zarys teorii psychoanalitycznej Zygmunta Freuda (1856–1939) w perspektywie psychologii literatury. *Przegląd Biblioterapeutyczny*, 7(1), 13–34.
45. Czerwińska, A., & Pawłowski, T. (2020). Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji – znaczenie, charakterystyka oraz możliwości leczenia. *Psychiatria Polska*, 54(3), 453–466.
46. Dąbkowska, M. (2008). Rozpoznawanie zespołu stresu pourazowego. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 3(2), 80–84.
47. Daniel-Watanabe, L., & Fletcher, C. P. (2021). Are fear and anxiety truly distinct? *Biological Psychiatry: Global Open Science*, 2(4), 341–349. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2021.09.004>
48. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). (1980). American Psychiatric Association.
49. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
50. Diener, E. (2000). *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index*. *American Psychologist*, 55(1), 34–43
51. Dmitruk-Sierocińska, K. (2023). *Zaburzenia depresyjne – skąd się pobiorą i jakie sygnały wysyłane przez dzieci i młodzież powinny zaniepokoić dorosłych*. Chrześcijańska Akademia Teologiczna.

52. Domaradzki, J. (2017). Genetyka, esencjalizm i tożsamość. *Studia Socjologiczne*, *1*(224), 297–328.
53. Dorcic, M., Smojver-Azić, S., & Bradić, S. (2024). Social media use: Association with digital stress and anxiety and depression symptoms in youth. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, *33*(10), 133–154. <https://doi.org/10.1037/cns0000339>
54. Duan, L., Liu, H., Qiao, Y., & Wang, C. (2020). Classification of depression based on local binary pattern and singular spectrum analysis. In *Algorithms and Architectures for Parallel Processing (Vol. 123, pp. 367–380)*. Springer.
55. Dyl, P. (2024). Zrozumienie depresji. Od błędów w myśleniu do choroby. *Psychologia w Służbie*, *1*, 22–27.
56. Dymecka, J. (2021). Psychospołeczne skutki pandemii COVID-19. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, *16*(1), 1–10.
57. Easterlin, A. R., & O'Connor, J. K. (2020). *The Easterlin Paradox*. Institute of Labor Economics.
58. Ezeugwu, R. C., & Ojedokun, O. (2020). Masculine norms and mental health of African men: What can psychology do? *Heliyon*. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05482>
59. Fajkowska, M., & Marszał-Wiśniewska, M. (2009). Właściwości psychometryczne Skali Pozytywnego i Negatywnego Afektu – Wersja Rozszerzona (PANAS-X). Wstępne wyniki badań w polskiej próbie. *Przegląd Psychologiczny*, *52*(4), 355–387.
60. Falewicz, A. (2017). Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie. *Studia Paradyskie*, *27*, 279–293.
61. Farnicka, M., Herod, A., & Kolańska-Stronka, M. (2024). Zaangażowanie rodzicielskie a satysfakcja z życia ojców uzależnionych i nieuzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, *37*(2), 111–126. <https://doi.org/10.5114/ain.2024.146078>
62. Ferreira, L., Aidar, J. F., Cabral, B., & Matos, D. (2018). The relationship between anxiety and the cortisol level in precompetition bodybuilding athletes. *Medicina Dello Sport*, *7*(1).
63. Fisher, K., Seidler, Z., King, K., & Oliffe, L. J. (2022). Men's anxiety, why it matters, and what is needed to limit its risk for male suicide. *Discover Psychology*, *2*(1). <https://doi.org/10.1007/s44202-022-00006-1>
64. Frąckowiak-Sochacka, M. (2014). Płeć społeczno-kulturowa i zdrowie psychiczne w perspektywie refleksyjnej nowoczesności. *Kultura i Społeczeństwo*, *1*, 41–63.



65. Fritz, M., Shenar, R., Cardenas-Morales, L., Jager, M., Streb, J., Dudeck, M., & Franke, I. (2020). Aggressive and disruptive behavior among psychiatric patients with major depressive disorder, schizophrenia, or alcohol dependency and the effect of depression and self-esteem on aggression. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00402>
66. Fromm, E. (2006). *Rewizja psychoanalizy*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
67. Gałęcki, P., & Talarowska, M. (2018). Teoria zapalna depresji – najważniejsze fakty. *Psychiatria Polska, 52*(3), 437–447.
68. Garakani, A., Murrough, J., Mathew, J. S., Charney, D. S., & Bremner, D. J. (2000). Neurobiological mechanisms of human anxiety. *University of Sciences, San Francisco*.
69. Gawel-Luty, E., & Lemańczyk, R. (2022). Subiektywny i obiektywny wymiar jakości życia. *Student Niepełnosprawny, 22*(15), 48–61.
70. George, D., Mallery, P. (2019). *IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.
71. Ghods, A. A., Sotodehas, N., Khalaf, E. M., & Mirmohammadkhani, M. (2017). Situational anxiety among nurses. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies, 5*(60), 1–4.
72. Gigantesco, A., Fagnani, C., Toccaceli, V., Stazi, M. A., Lucidi, F., Violani, C., & Picardi, A. (2019). The relationship between satisfaction with life and depression symptoms by gender. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 419. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00419>
73. Gierańczyk, W., & Leszczyńska, M. (2019). Ujęcie szczęścia w wielowymiarowych badaniach jakości życia. *Wiadomości Statystyczne, 64*(1), 52–67.
74. Glaza, M. (2018). Zaburzenia lękowe w kontekście duszpasterskim. *Studia Peplińskie, Lublin*.
75. Golonka, K., Piątek, E., & Stach, R. (2024). Kierunki badań i rozwoju poznawczej teorii depresji. *Psychiatria Polska, 58*(4), 669–680.
76. Gomez, R., Chen, W., & Houghton, S. (2023). Differences between DSM-5-TR and ICD-11 revisions of attention deficit/hyperactivity disorder: A commentary on implications and opportunities. *World Journal of Psychiatry, 13*(5), 138–143.
77. Grabowski, Ł. (2021). Inhibitory monoaminooksydazy (IMAO): farmakologia, metabolizm i zastosowanie w terapii depresji o różnej etiologii. *Postępy Biochemii, 67*(2), 130–141.

78. Gros, U. (2003). *Zachowania organizacyjne w teorii i praktyce zarządzania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
79. Güney, S., Kalafat, T., & Boysan, M. (2023). Dimensions of mental health: life satisfaction, anxiety and depression: a preventive mental health study in Ankara University students population. *Journal of Affective Disorders*, 323, 293–301. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.174>
80. Hadasik, K., Arasiewicz, H., & Brzezińska-Wcisło, L. (2021). Assessment of the anxiety and depression among patients with idiopathic pruritus ani. *Advances in Dermatology and Allergology*, 38(4), 689–693.
81. Harasim, K. (2018). *Stres w zawodach wysokiego ryzyka*. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne, Siedlce.
82. Harvard Health Publishing. (2019). Marriage and Men's Health. *Harvard Health Publishing*. <https://www.health.harvard.edu/mens-health/marriage-and-mens-health>
83. Heitzman, J. (2015). Zaburzenia depresyjne. In *DSM-5. American Psychiatric Association* (wyd. pol., s. 100–118). Edra Urban & Partner.
84. Holas, P. (2015). Uważność a depresja. Terapie oparte na uważności w leczeniu i zapobieganiu depresji. *Psychiatria po Dyplomie, Medical Tribune*, 35–38.
85. Hosseini, L., & Khazali, H. (2013). Comparing the level of anxiety in male & female school students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 41–46.
86. Hu, Y., Yiu, V., & Clark, R. (2021). Etiology of depression: Biological and environmental factors in the development of depression. *Journal of Student Research*, 10(4), 1–7.
87. Humięcka, K., & Targowski, T. (2018). Trudności diagnostyczne depresji wieku podeszłego – przegląd wybranych skal skriningowych. *Geriatrics*, 12, 44–48.
88. ICD-10. (2008). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*. WHO.
89. Inci, F., & Inci, H. (2020). The relationship between depression, anxiety, and pain catastrophising in cancer patients. *Medycyna Paliatywna*, 12(4), 210–215.
90. Jaeschke, R., Siwek, M., Grabski, B., & Dudek, D. (2010). Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. *Psychiatria*, 7(5), 189–197.
91. Jankowska, M. (2020). *Zarządzanie emocjami. Krok w stronę zdrowia psychicznego*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
92. Jankowski, S. K. (2015). Is the shift in chronotype associated with an alteration in well-being? *Biological Rhythm Research*, 46, 237–248.



93. Jankowski, S. K. (2015). Skala Satysfakcji z Życia – polska wersja Satisfaction with Life Scale (SWLS). Uniwersytet Warszawski.
94. Januszevska, E. (2009). *Uwarunkowania strategii regulacji emocji złości, lęku i smutku u młodzieży* [Praca doktorska, Katolicki Uniwersytet Lubelski].
95. Januszevska, E. (2014). Adaptacyjne vs nieadaptacyjne strategie regulacji emocji złości, lęku i smutku a intensywność odczuwanych dolegliwości somatycznych przez młodzież. *Sztuka Leczenia*, 1(2), 53–54.
96. Jarmuż, S. (2008). Pięciodzownikowy model osobowości a narzędzie pomiaru Wielkiej Piątki. *Roczniki Psychologiczne*, 11(1), 142–153.
97. Jurczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Skala Satysfakcji z Życia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
98. Kalecińska-Adamczyk, E., & Serafińska, K. (2013). Czy dzieci to uśmiech opatrności? Uwarunkowania jakości życia matek. *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 2(62), 107–126.
99. Kalita, L. (2018). Długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna jako skuteczna metoda leczenia głębokiej depresji – krótki przegląd współczesnej literatury i przykład kliniczny. *Psychoterapia*, 2(185), 63–78.
100. Kamiński, M. (2014). Pojęcie lęku i strachu oraz ich znaczenie dla prób samobójczych. *Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny*, 4, 44–64.
101. Kanasz, T. (2015). *Uwarunkowania szczęścia. Socjologiczna analiza wyobrażeń młodzieży akademickiej o szczęściu i udanym życiu*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
102. Karaś, D. (2019). Pojęcie i koncepcja dobrostanu: przegląd i próba uporządkowania. *Studia Psychologiczne. Teoria i Praktyka*, 19(2), 5–24.
103. Karaś, D., & Ciecuch, J. (2017). Polska adaptacja Kwestionariusza Dobrostanu (Psychological Well-Being Scales) Carol Ryff. *Roczniki Psychologiczne*, 20(4), 815–835.
104. Karaś, K., Groblińska, K., Szczygieł, K., & Samochowiec, J. (2021). Zastosowanie substancji psychoaktywnych w leczeniu zaburzeń psychicznych. *Alcohol Drug Addict*, 32(3), 219–246.
105. Kartol, A., Soner, O., & Griffiths, D. M. (2023). The relationship between psychological distress, meaning in life, and life satisfaction in the COVID-19 pandemic. *Annals of Psychology*, 39(2), 197–206.



106. Kazimierska, I. (2021). Cztery oblicza depresji w gabinecie lekarza POZ. *Psychiatria*, 3, 21–22.
107. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2005). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105
108. Kleszczewska-Albińska, A. (2022). Wybrane poznawczo-behawioralne modele uzależnień behawioralnych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 22(1), 10–18.
109. Kłodzińska-Berkau, M. (2018). *Spoleczne funkcjonowanie osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową* [Praca doktorska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu].
110. Knopp, A. K. (2013). Porównanie zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych. *Fides et Ratio*, 2(13), 122–131.
111. Koczanowicz, L. (2020). *Lęk i olśnienie. Eseje o kulturze niepokoju*. Instytut Badań Literackich PAN.
112. Kolber, M. (2019). Psychologiczne aspekty wyuczonej bezradności i ich implikacje pedagogiczne. *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 143–143.
113. Konaszewski, K., Kwadrans, Ł., Muszyńska, J., Skalski-Bednarz, B. S., & Surzykiewicz, J. (2023). Strategie radzenia sobie ze stresem, poczucie odczuwanego stresu i ocena ryzyka depresji w grupie studentów „Uniwersytetu Pogranicza”. *Edukacja Międzykulturowa*, 2(21), 147–156.
114. Konaszewski, K., & Muszyńska, J. (2019). Satysfakcja z życia w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Rola zasobów osobowościowych i zachowań zdrowotnych. *Resocjalizacja Polska*, 18, 263–277.
115. Kondrat, A. (2015). Wybrane teorie lęku egzystencjalnego i sposoby jego przezwyciężenia. *Studia z Historii Filozofii*, 2(6), 113–131.
116. Koryńska, M. (2022). *Poziom i struktura depresji a cechy osobowości w procesie terapeutycznym* [Praca magisterska, Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University, Nowy Sącz].
117. Kossakowska, K. (2018). Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią. *Pediatrics Polska*, 93(2), 107–116.
118. Kowalewska, B., Kowalewski, Ł., Kierzkowski, M., & Drózd, W. (2019). Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną w klasyfikacji DC–LD. *Psychiatria*, 16(4), 233–246.

119. Krawerenda-Wajda, K. (2017). *Problem rozumu u Sorena Kierkegarda – podmiot, komunikacja, wiara* [Praca magisterska, Uniwersytet Jagielloński].
120. Krok, D. (2015). *Satysfakcja ze związku małżeńskiego a poziom hedonistycznego i eudajmonistycznego dobrostanu psychicznego małżonków* [Rozprawa habilitacyjna, Uniwersytet Opolski].
121. Krok, E. (2016). Wpływ dochodów i pracy na poziom zadowolenia z życia. *Optimum. Studia Ekonomiczne*, 3(81), 119–130.
122. Król, B., Szewczak, B., Rozenek, B. E., Wilczyński, K., & Waszkiewicz, N. (2019). Terapeutyczne zastosowanie wybranych substancji psychoaktywnych. *Psychiatria*, 16(3), 154–162.
123. Kucia, K., & Merk, W. (2015). The use of ketamine in electroconvulsive therapy. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1255–1263.
124. Kulawska, E. (2019). Dobrostan psychiczny a poziom odczuwanego stresu i satysfakcji ze studiów w doświadczeniach studentów pedagogiki przedszkolnej i wczesnoszkolnej. *Forum Pedagogiczne*, 9(2), 129–150.
125. Kyriazosa, T., & Poga, M. (2024). Complex associations between life satisfaction, anxiety, stress, depression, and resilience: A latent class analysis considering education and gender differences. *Trends in Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-024-00396-x>
126. Lee, C., Seo, S., Do, H., & Lee, G. G. (2024). Multi-aspect depression severity assessment via inductive dialogue system. *Postech, South Korea*.
127. Lee, D. M., & Passarotti, M. A. (2022). Editorial: Addressing the challenges in the diagnosis of depressive disorder in children and adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 11–15.
128. Lehner, M., Wisłowska-Stanek, A., & Płaźnik, A. (2009). Wygaszanie reakcji emocjonalnej jako nowy cel farmakoterapii zaburzeń lękowych. *Psychiatria Polska*, 53(6), 639–654.
129. Li, G., Chen, M. W., Ma, Y., Mi, Y., & Liu, W. (2024). Research progress on non-biological mechanisms of depression. *Biomarkers in Neuropsychiatry*, 10, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.bionps.2024.100099>
130. Li, A., Wang, D., Lin, S., Chu, M., Huang, S., Lee, C.-Y., & Chiang, Y.-C. (2021). Depression and life satisfaction among middle-aged and older adults: Mediation effect of functional disability. *Frontiers in Psychology*, 12, 755220. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.755220>



131. Luty, J., & Arokiadass, S. M. R. (2008). Satisfaction with life and opioid dependence. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3(2). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-3-2>
132. Łojko, D., Suwalski, A., & Rybakowski, J. (2014). Bipolar and related disorders and depressive disorders in DSM-5. *Psychiatria Polska*, 48(2), 245–260.
133. Maj, M., Stein, J. D., Parker, G., Zimmerman, M., Fav, A. G., & Hert, M. (2020). The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry*, 19(3), 269–293.
134. Majewicz, P. (2017). *Dobrostan i jego uwarunkowania w kontekście paradoksu niepełnosprawności* [Praca magisterska, Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie].
135. Majkowski, M., & Zdun-Rydzewska, A. (2009). Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych — koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2(2), 100–114.
136. Makara-Studzińska, M., Załuski, M., Adamczyk, K., & Tyburski, E. (2024). Polska wersja Skali Depresji, Lęku i Stresu (DASS-42) – adaptacja i normalizacja. *Psychiatria Polska*, 58(1), 63–78.
137. Małyszczak, K. (2013). Terapia mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych. *Psychiatria po Dyplomie*, 10(1), 19–26.
138. Martowska, K. (2012). *Psychologiczne uwarunkowania kompetencji społecznych*. Wydawnictwo Liberi Libri.
139. Marwood, L., Wise, T., Perkins, M. A., & Aleare, J. A. (2018). Meta-analyses of the neural mechanisms and predictors of response to psychotherapy in depression and anxiety. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 95(1), 61–72.
140. Michalos, A. C., Sharpe, A., Arsenault, J.-F., Muhajarine, N., Labonté, R., Scott, K., ... Bernardin, H. (2001). *The Canadian Index of Wellbeing: Education and wellbeing*. University of Waterloo.
141. Mielimąka, M., Rutkowski, K., Cyranka, K., Sobański, A. J., & Dembińska, E. (2017). Lęk-cecha i lęk-stan u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. *Psychiatria Polska*, 51(6), 1165–1179.
142. Mijas, M. (2022). Uwarunkowania zdrowia w grupie mężczyzn należących do subkultury Bears na tle populacji MSM. Przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria Polska*, 56(3), 635–646.



143. Mikołajków, A., & Małyszczak, K. (2022). Czynniki biologiczne i skutki zaburzeń lękowych specyficznych dla ciąży – aktualny stan wiedzy. *Psychiatria Polska*, 56(6), 1289–1314.
144. Mirońska, D. (2016). Konsumpcja a filantropia – źródła szczęścia jednostki w świetle teorii i badań empirycznych. *Handel Wewnętrzny*, 5(364), 182–194.
145. Mirpour, S. M., Askari, M., Fard, L. P., & Yazdani, J. (2025). Depression vs. neuroticism: The relationships with past and present life satisfaction and presence of meaning in life. *Journal of Psychological Science*, 24(146), 1–9.
146. Mohla, D., & Neera, D. (2023). Men are stoic, or are they? Emotional suppression in men and its relation with masculinity norms. *The International Journal of Indian Psychology*, 11(3), 4239–4300.
147. Möller, H. J. (2018). Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych. *Psychiatria Polska*, 52(4), 611–628.
148. Möller, H. J. (2018). Possibilities and limitations of DSM-5 in improving the classification and diagnosis of mental disorders. *Psychiatria Polska*, 52(4), 611–628.
149. Moroń, M. (2017). *Wrażliwość na wzmocnienia a sposoby reagowania na krzywdy w związkach romantycznych* [Praca doktorska, Uniwersytet Śląski w Katowicach].
150. Moschion, J., & Powdthavee, N. (2018). The welfare implications of addictive substances: A longitudinal study of life satisfaction of drug users. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 146, 206–221. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2017.12.016>
151. Mularska-Kucharek, M. (2013). *Kapitał społeczny a jakość życia. Na przykładzie zbiorowości wielkomięskiej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
152. Murawiec, S. (2022). Drogowskazy leczenia lęku i depresji. Zróżnicowane działanie leków wobec objawów depresji, lęku, zaburzeń snu – na przykładzie escitalopramu, duloksetyny, mianseryny, pregabaliny i kwetiapiny. *Psychiatria Spersonalizowana*, 1(1), 16–23.
153. Murawiec, S., & Danel, J. (2023). Patogeneza zespołów lękowych w koncepcjach Jaaka Pankseppa i Josepha LeDoux: implikacje dla farmakoterapii i psychoterapii. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 39(1), 65–78.
154. Musiała, N., Hołyńska-Iwan, I., & Olszewska-Słonina, D. (2018). Kortyzol – nadzór nad ustrojem w fizjologii i stresie. *Diagnostyka Laboratoryjna*, 54(1), 29–36.

155. Napierała, M. (2017). Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 12(30), 118–125.
156. Nelson, S. K., Kushlev, K., English, T., Dunn, E. W., & Lyubomirsky, S. (2012). In defense of parenthood: Children are associated with more joy than misery. *Psychological Science*, 24(1), 3–10. <https://doi.org/10.1177/0956797612447798>
157. Nes, R., Roysamb, E., Tambs, K., & Harris, J. (2006). Subjective well-being: Genetic and environmental contributions to stability and change. *Psychological Medicine*, 36(7), 1033–1042.
158. NICE. (2022). *Depression in adults: treatment and management*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
159. Niedźwiedzki, J. (2024). *Czynniki mediujące między duchowością wertykalną i horyzontalną a jakością życia* [Praca magisterska, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie].
160. Niewiadomska-Cudak, M. (2012). Stereotypowe postrzeganie ról kobiet i mężczyzn w społeczeństwie przyczyną niskiej partycypacji płci żeńskiej w sferze polskiej polityki. *Pedagogika Rodziny*, 2(4), 49–61.
161. Niškiewicz, Z. (2016). Dobrostan psychiczny i jego rola w życiu człowieka. *Studia Krytyczne*, 3, 139–151.
162. Nitka-Siemińska, A. (2014). Zaburzenia lękowe — charakterystyka i zasady leczenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8(1), 37–43.
163. Nowak, C., Kłosiński, J., Husejko, K., & Kędziora-Kornatowska, K. (2024). Zrównoważona dieta i aktywność fizyczna jako strategie wspierające w leczeniu i łagodzeniu objawów zaburzeń u osób starszych – przegląd literatury. *Geriatrics*, 18, 163–170.
164. OECD. (2023). *Life Satisfaction Along the Urban-Rural Continuum*. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd.org/en/publications/life-satisfaction-along-the-urban-rural-continuum_d08b9c03-en.html
165. Olechowski, T. (2017). *Fenomen duchowości w ujęciu psychologii głębi* [Repozytorium Uniwersytetu w Białymstoku].
166. Oschinsky, F., Klesel, M., Ressel, N., & Niehaves, B. (2019). Where are your thoughts? On the relationship between technology use and mind wandering. In *Proceedings of the 52nd Hawaii International Conference on System Sciences*.



167. Osika, G. (2018). Jakość życia a wskaźnik rozwoju społecznego. Analiza mierników. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, 123, 355–368.
168. Osmańska, M., Borkowska, A., & Makarewicz, R. (2010). Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym. *Psychiatria Polska*, 54(4), 543–556.
169. Ostrowska, A. (2011). Psychospołeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9(2), 55–63.
170. Ostrzyżek, J. A., Gałęcki, P., Wolniak, S., & Orzechowska, A. (2023). Specyfika oceny jakości życia u osób z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria Polska*, 57(4), 805–822.
171. Padmanabhanunni, A., Pretorius, B. T., & Isaacs, A. S. (2023). Satisfied with life? The protective function of life satisfaction in the relationship between perceived stress and negative mental health outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010001>
172. Pałucha-Poniewiera, A. (2022). *Kiedy smutek staje się chorobą*. The European Dana Alliance for the Brain.
173. Panasiuk, J. (2018). Neurobiologiczne mechanizmy zachowań emocjonalnych i wolicjonalnych a strategie terapii logopedycznej. *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie*.
174. Paswa-Wojciechowska, B., Piechowicz, M., & Bidzan, M. (2015). Satysfakcja z życia a empatia i poczucie umiejscowienia kontroli bezdomnych kobiet. Doniesienia wstępne. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(1), 16–30.
175. Patejuk-Mazurek, I. (2017). Wybrane leki przeciwdepresyjne i o działaniu przeciwłękowym — praktyczne wskazówki stosowania i opisy przypadków. *Psychiatria*, 14(3), 135–142.
176. Pavot, W., & Diener, E. (1993). *Review of the Satisfaction with Life Scale*. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172
177. Pawełczyk, A., Kołakowski, A., & Rabe-Jabłońska, J. (2010). Zastosowanie eksperymentów behawioralnych w terapii lęku społecznego. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 10(1), 52–58.
178. Pels, K. K. (2020). O molekularnej patogenezie stresu i depresji. *Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych*, 69(326), 169–183.

179. Pietras-Mroczycka, M. (2016). Posiadane zasoby osobiste (optymizm i poczucie własnej skuteczności) a ocena jakości życia. Analiza współzależności. *Acta Universitatis Lodzianensis*, 57, 19–35.
180. Pilaska, A. (2012). *Ja i tożsamość a dobrostan psychiczny* [Praca magisterska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu].
181. Pilszyk, A., & Cynkier, P. (2015). Dyadic death – depression and borderline personality. *Psychiatria Polska*, 49(3), 517–527.
182. Pitting, A., Treanor, M., LeBeau, R., & Craske, G. M. (2018). The role of associative fear and avoidance learning in anxiety disorders: Gaps and directions for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 88, 117-140.
183. Pollmann-Schult, M. (2018). Parenthood and life satisfaction in Europe: The role of family policies and working time flexibility. *European Journal of Population*, 34(3), 387–411. <https://doi.org/10.1007/s10680-017-9433-5>
184. Popławska, M., Krajewska-Kułak, E., & Lewko, J. (2024). *Predyspozycje do występowania lęku, zagrożenia depresją oraz sposoby radzenia sobie ze stresem wśród studentów i studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku* [Predispositions to anxiety, depression risk, and coping strategies among students of Medical University of Białystok]. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
185. Porczyńska-Ciszewska, A. (2013). *Cechy osobowości a doświadczanie szczęścia i poczucie sensu życia* [Personality traits and experiencing happiness and sense of life]. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
186. Porczyńska-Ciszewska, A., & Kraczla, M. (2017). Osobowość jako czynnik determinujący dobrostan psychiczny człowieka. *Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne*, 25(2), 101–118.
187. Potoczek, A. (2005). Fobia społeczna – zarys koncepcji zaburzenia. *Psychiatria Polska*, 39(4), 629–639.
188. Potoczek, A., Niżankowska-Mogilnicka, E., Bochenek, G., & Szczeklik, A. (2008). Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego i depresją a mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej POChP. *Psychiatria Polska*, 52(5), 731–748.
189. Przybyła, J. (2016). Neurobiologiczne podstawy psychoterapii. *Psychoterapia*, 2(177), 29–42.



190. Rajtar-Zembaty, A., Sałakowski, A., Rajtar-Zembaty, J., & Starowicz-Filip, A. (2017). Executive dysfunction in late-life depression. *Psychiatria Polska*, *51*(4), 705–718.
191. Remberek, B., Szostakiewicz, Ł., Kałwa, A., Bogucka-Bonikowska, A., Borowska, A., & Racicka-Pawlukiewicz, E. (2020). What exactly is catatonia in children and adolescents. *Psychiatria Polska*, *54*(4), 759–775.
192. Remes, O., Mendes, F. J., & Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature. *Brain Sciences*, *11*(12), Article 1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
193. Ribeiro, A., Ribeiro, P. J., & Doellinger, O. (2017). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *40*(1), 1–4. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2254>
194. Romanowska, M., & Dobroczyński, B. (2020). Unconscious processes in Aaron Beck's cognitive theory: Reconstruction and discussion. *Theory & Psychology*, *30*(4), 233–242. <https://doi.org/10.1177/0959354320912704>
195. Rowiecki, M., & Kulmatycki, L. (2017). Strategie radzenia sobie ze stresem u mężczyzn uprawiających narciarstwo ekstremalne. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*, *16*(2), 99–111.
196. Røysamb, E., & Nes, R. B. (2018). The genetics of wellbeing. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
197. Rutkowski, M. (2022). *Poczucie własnej skuteczności a strategie radzenia sobie ze stresem wśród zawodników brazylijskiego jiu-jitsu* [Self-efficacy and coping strategies among Brazilian jiu-jitsu athletes]. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
198. Rutledge, T., & Virzi, N. (2023). *Social relationships and health: What do we know and where do we go from here?* California: Department of Psychiatry, University of California.
199. Rybakowski, J. (2006). Działanie neuroprotekcyjne leków przeciwdepresyjnych i normotymicznych. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, *1*(1), 49–55.
200. Rybakowski, J. (2024). Forty years of seasonal affective disorder. *Psychiatria Polska*, *58*(5), 747–759.
201. Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Bustos, C., Inostroza, C., & Castrillo-Cereeno, A. (2023). Life satisfaction, positive affect, depression and anxiety symptoms, and their

- relationship with sociodemographic, psychosocial, and clinical variables in a general elderly population sample from Chile. *Frontiers in Psychiatry*, 17(24), 35–90.
202. Samochowiec, J., Dudek, D., Kucharska-Mazur, J., Murawiec, S., Rymaszewska, J., Cubała, J. W., Heitzman, J., Szulc, A., Bała, M., & Gałecki, P. (2021). Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatria Polska*, 55(2), 235–259.
203. Saran, T., Mazur, A., & Łukasiewicz, J. (2021). Znaczenie aktywności fizycznej w prewencji zaburzeń depresyjnych. *Psychiatria Polska*, 55(5), 1025–1046.
204. Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men’s help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106–118.
205. Siwek, M. (2016). *Dekalog leczenia depresji. Poradnik lekarza praktyka*. Warszawa: ITEM Publishing.
206. Siwy-Hudowska, A. (2013). Ocena jakości życia w kontekście cech osobowości u młodych mężczyzn o różnym stopniu zaangażowania w uprawianie ćwiczeń fizycznych. *Studia Psychologiczne*, 51(3), 63–72.
207. Smallwood, J., & Schooler, J. (2013). The restless mind. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(5), 130–149.
208. Sokołowski-Zgid, M. (2021). *Wizerunki kobiecości i męskości w podręcznikach edukacji wczesnoszkolnej*. Poznań: Wydawnictwo Rys.
209. Soroko, E. (2007). Regulacja emocji w kontekście rozwoju osobowości. W K. Kaczmarek & A. Słysz (Red.), *Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
210. Sosnowski, T., Wrześniewski, K., Jaworowska, A., & Fecenec, D. (2011). STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
211. Stachowicz, K., & Sowa-Kućma, M. (2022). The treatment of depression — searching for new ideas. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 1–10.
212. Stańko-Kaczmarek, M., Kardasz, Ł., Koza, W. J., Piwońska, M., Siwińska, W., & Sokołowska, K. (2023). Uważność a radzenie sobie ze stresem u kobiet i mężczyzn. *Człowiek i Społeczeństwo*, 55, 141–162.
213. Starzomska, M., Wilkos, E., & Kucharska, K. (2018). Contemporary psychotherapeutic interventions in patients with anorexia nervosa – a review. *Psychiatria Polska*, 52(4), 663–672.

214. Stasiuk, J., Burkiewicz, A., Kozłowski, D., & Afeltowicz, Z. (2014). Zaburzenie lękowe uogólnione – rozpoznawanie, objawy oraz leczenie farmakologiczne. *Geriatrics*, 8, 264–267.
215. Statistics Canada. (2018). *Canadian General Social Survey: Life satisfaction by age group*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2018001/article/54977-eng.htm>
216. Struzik, J. (2014). Seksualność interseksjonalnie. Spotkania, dyskusje, badania. W J. Mizielińska & A. Stasińska (Red.), *Socjologia płci i seksualności w perspektywie teorii queer i krytyki feministycznej* (s. 235–254). *Studia Socjologiczne*, 4(214).
217. Su, P.-T. (2023). Anxiety symptoms in depression: contemporary treatment approaches. *Neurology and Therapy*, 12(1), 1–4.
218. Surowiec, M. (2020). *Uzależnienie od mediów społecznościowych a depresja wśród młodzieży na przykładzie podkarpackich licealistów*. Rzeszów: WSiZ.
219. Szatan, M. (2012). Strach a lęk w ujęciu nauk humanistycznych. *Studia Gdańskie*, 31, 325–342.
220. Ścigała, M., Tworek, K., & Martan, J. (2014). Technologie informacyjne determinantą innowacyjności – aktualny model organizacji. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, 68, 413–424.
221. Śliwowski, A. (2016). Trzy generacje terapii poznawczo-behawioralnych – rozwój i założenia teoretyczne. *Acta Universitatis Lodzianis Folia Psychologica*, 20(20).
222. Świechowski, R. (2019). Polimorfizmy i ekspresja wybranych cytochromów u pacjentów z depresją. Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
223. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
224. Spielberger, C. D., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
225. Świerżewska, D. (2010). Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia. *Psychologia Rozwojowa*, 15(2), 89–99.
226. Tiller, J. (2013). Depression and Anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), 28–31.
227. Tomaszewski, K., Zarychta, M., Bieńkowska, A., Chmurowicz, E., Nowak, W., & Skalska, A. (2011). Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health



- Questionnaire-9 Polish version w populacji hospitalizowanych osób starszych. *Psychiatria Polska*, 15(20), 223–233.
228. Trawkowska, D., & Frąckowiak-Sochańska, M. (2017). *System wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, w obszarze zdrowia na podstawie „Diagnozy systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa wielkopolskiego”*. Poznań: Obserwatorium Integracji Społecznej w Poznaniu.
229. Trifu, C. S., Trifu, C. A., Alaus, E., Tataru, A. M., & Costea, V. R. (2020). Brain changes in depression. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 61(2), 361–370.
230. Umberto, A., Carmine, T., Camillo, M., Neviani, F., Pirani, A., Taddeo, D., Zanetti, O., & Maina, G. (2023). Treating depression in clinical practice: New insights on the multidisciplinary use of trazodone. *Frontiers in Psychiatry*, 10(3), 1–11.
231. Wagner, S., Wollschlager, D., Dreimuller, N., Engelmann, J., Herzog, P. D., Roll, C. S., Tadic, A., & Lieb, K. (2020). Effects of age on depressive symptomatology and response to antidepressant treatment in patients with major depressive disorder aged 18 to 65 years. *Comprehensive Psychiatry*, 99(1), 152–170.
232. Wainberg, M., Kloiber, S., Diniz, B., McIntyre, S. R., Felsky, D., & Tripathy, J. S. (2021). Clinical laboratory tests and five-year incidence of major depressive disorder: A prospective cohort study of 433,890 participants from the UK Biobank. *Translational Psychiatry*, 11, 38–50.
233. Walas, J. (2022). *Lęk, poczucie własnej skuteczności oraz jakość życia u osób chorych na stwardnienie rozsiane*. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich.
234. Wałęcki-Matyka, K., & Kurpiel, D. (2015). Satysfakcja z życia a poczucie skuteczności i styl wychowania w percepcji matek młodzieży z niepełnosprawnością. *Psychologia Rozwojowa*, 20(1), 75–89.
235. Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416–431
236. Wieczorek, T., Kobyłko, A., Stramecki, F., Folia-Witecka, K., Beszłej, A. J., Jakubczyk, M., Piotrowski, P., Senczyszyn, A., Siwicki, D., Szcześniak, D., & Rymaszewska, J. (2021). Przewodząca stymulacja magnetyczna (TMS) w terapii zaburzeń psychicznych – aktualny przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 55(30), 565–583.



237. Więckowski, P. (2011). *Naukowy hedonizm jako podstawa krytycznej oceny przemian społecznych – ekonomia szczęścia Richarda Layarda, Marka Anielskiego i Richarda Easterlina*. Warszawa: SGHW.
238. Wilczyńska, K., Simonieczko, K., Konarzewska, B., Szajda, D. S., & Waszkiewicz, N. (2018). Zmiany morfologiczne mózgu w zaburzeniach nastroju. *Psychiatria Polska*, 52(5), 797–805.
239. Wojewoda, M. (1999). *Koncepcja lęku Paula Tillicha na tle filozofii współczesnej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
240. Wojtas, A., & Jakuszkowiak-Wojen, K. (2010). Terapia lęku panicznego w ujęciu poznawczo-behawioralnym. *Psychiatria*, 7(6), 227–233.
241. Wolanin, A. (2021). Jakość życia w wybranych koncepcjach psychologicznych. *Czasopismo Naukowe Nauk Humanistycznych i Społecznych*, 28(4), 155–164.
242. Wolańczyk, T., Kołakowska, A., Pisula, A., Liwska, M., Złotkowski, M., Srebnicki, T., & Bryńska, A. (2014). State and trait anxiety level and severity of depression among mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: Pilot study. *Psychiatria Polska*, 48(4), 645–652.
243. Wójtowicz, M. (2005). *Doświadczenie lęku egzystencjalnego jako sytuacja wyboru*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
244. Wychowaniec, W. (2022). Dobrostan psychiczny pracowników – spojrzenie z perspektywy postpandemicznych praktyk menadżerskich. *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej*, 86, 177–189.
245. Wycisk, J., & Zielona-Jenek, M. (2017). Konstrukcja stereotypowa wizerunku mężczyzn i kobiet w wybranych polskich publikacjach naukowych z dziedziny psychologii. *Kultura i Społeczeństwo*, 2, 169–194.
246. Załuska, M. (2015). *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
247. Zawadzki, B., Popiel, A., & Pragłowska, E. (2009). Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychiatria Polska*, 43(2), 187–198.
248. Zdanowicz, A., & Wierzbiński, P. (2017). Depresja psychotyczna. *Psychiatria Polska*, 17(3), 115–179.

249. Zentner, K., Lee, H., Dueck, S. B., & Masuda, T. (2022). Cultural and gender differences in social anxiety: The mediating role of self-construals and gender role identification. *Current Psychology, 42*(3), 1–13.
250. Zhang, R., Chen, Z., Hu, B., & Zhou, F. (2021). The anxiety-specific hippocampus-prefrontal cortex pathways links to procrastination through self-control. *Human Brain Mapping, 43*(35).
251. Żukowska, K. (2018). *Mityka męskości: Franco la Cecli i Roberta Bly'a koncepcja mężczyzny*. Łódź: Uniwersytet Łódzki.



Źródła internetowe:

1. Bortacka, G. (2021). Kim był Mały Albert? Ten eksperyment to jedna z najmroczniejszych kart w historii psychologii. *Ciekawostki Historyczne*. Pobrane z <https://ciekawostkihistoryczne.pl/2021/09/06/kim-byl-maly-albert-ten-eksperyment-to-jedna-z-najmroczniejszych-kart-w-historii-psychologii/> (dostęp: 25 lutego 2025).
2. CBOS. (2023, 19 stycznia). 75 proc. Polaków jest zadowolonych ze swojego życia. Wśród nich większość to mężczyźni. Polska Agencja Prasowa. <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C1523626%2Ccbos-75-proc-polakow-jest-zadowolonych-ze-swojego-zycia-wsrod-nich> (dostęp: 20 maja 2025)
3. Chodzicka, K. (2022). ICD-11: najważniejsze zmiany w klasyfikacji chorób. *PsychoMedic*. Pobrane z <https://psychomedic.pl/icd-11-najwazniejsze-zmiany-w-klasyfikacji-chorob/> (dostęp: 12 lutego 2025).
4. Domurat, M. (2022). Ponad DSM – czym są zaburzenia psychiczne? *Psychologia w Praktyce*. Pobrane z <https://psychologiawpraktyce.pl/arttykul/ponad-dsm-czym-sa-zaburzenia-psychiczne> (dostęp: 12 lutego 2025).
5. Eurostat. (2019). *Quality of life indicators - education*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Quality_of_life_indicators_-_education
6. Lurka, K. (2023). Większość samobójców to mężczyźni. *Termedia*. Pobrane z <https://www.termedia.pl/mz/Wiekszosc-samobojcow-to-mezczyzni,52432.html> (dostęp: 26 marca 2025).
7. Sabater, V. (2021). Dwuetapowa teoria Mowrera – tak działa strach. *Piękny Umysł*. Pobrane z <https://pieknoumyslu.com/dwuetapowa-teoria-mowrera-tak-dziala-strach/> (dostęp: 25 lutego 2025).
8. Sedlak, K., & Sedlak, M. (2011). *I Ogólnopolskie Badanie Satysfakcji z Pracy*. RynekPracy.pl. <https://www.rynekpracy.pl> (dostęp: 22 maja 2025)
9. Wójcicka, A. (2022). Psychoterapia behawioralna i poznawczo-behawioralna. Pobrane z <https://czelej.com.pl/wp-content/uploads/2022/11/File-1442309420.pdf> (dostęp: 25 lutego 2025).



Spis tabel

Tabela 1 Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Shapiro-Wilka	101
Tabela 2 Poziom lęku i satysfakcji z życia badanych mężczyzn - interpretacja jakościowa oraz podstawowe statystyki opisowe wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane badanych zmiennych	102
Tabela 3 Poziom depresji badanych mężczyzn - jakościowa interpretacja wyników	103
Tabela 4 Poziom lęku i satysfakcji z życia badanych mężczyzn do 44 roku życia - interpretacja jakościowa oraz podstawowe statystyki opisowe wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane badanych zmiennych	104
Tabela 5 Poziom depresji badanych mężczyzn do 44 roku życia - jakościowa interpretacja wyników	104
Tabela 6 Poziom lęku i satysfakcji z życia badanych mężczyzn z wykształceniem wyższym - interpretacja jakościowa oraz podstawowe statystyki opisowe wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane badanych zmiennych	105
Tabela 7 Poziom depresji badanych mężczyzn z wykształceniem wyższym - jakościowa interpretacja wyników	105
Tabela 8 Poziom lęku i satysfakcji z życia badanych mężczyzn z miejscowości o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców - interpretacja jakościowa oraz podstawowe statystyki opisowe wyników przeliczonych na jednostki standaryzowane badanych zmiennych.....	107
Tabela 9 Poziom depresji badanych mężczyzn do 44 roku życia - jakościowa interpretacja wyników	107
Tabela 10 Związek satysfakcji z życia z poziomem depresji i lęku – wyniki analizy korelacji	108
Tabela 11 Porównanie poziomu satysfakcji z życia pomiędzy mężczyznami z różnych miejsc zamieszkania – jednoczynnikowa analiza wariancji	109
Tabela 12 Związek satysfakcji z życia ze statusem związkowym - wyniki testu t Studenta dla prób niezależnych	110
Tabela 13 Związek satysfakcji z życia z posiadaniem potomstwa – wyniki testu Manna-Whitneya .	110
Tabela 14 Związek satysfakcji z życia z uzależnieniem – wyniki testu Manna-Whitneya.....	111
Tabela 15 Związek satysfakcji z życia z wykształceniem – wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji	111
Tabela 16 Związek satysfakcji z życia ze statusem zawodowym – wyniki testu Kruskala-Wallisa...	112
Tabela 17 Kodowanie nominalnych predyktorów włączonych do analizy regresji	113
Tabela 18 Wyniki hierarchicznej analizy regresji krokowej przewidującej poziom satysfakcji z pracy na podstawie zmiennych socjodemograficznych i poziomu lęku oraz depresji.....	114

